BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.



Imprimerie de Hennuyer et Turpin, rue Lemercier, 24. Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME VINGT-TROISIÈME.





PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1842

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THERAPEUTIQUE MEDICALE.

QUELLES SONT LES PRINCIPALES CONDITIONS DU PROGRÈS EN THÉRAPEUTIQUE.

Si la médecine, en tant que se proposant simplement pour but l'étude de l'homme dans sa vie normale, est une science qui captive autant notre attention ; si, malgré l'obscurité qui entoure les nombreux problèmes qu'elle pose, elle a été dans tous les temps l'objet de recherches si opiniâtres, elle acquiert une bien autre importance encore quand, ne considérant ces recherches que comme de simples prolégomènes, elle étudie la vie dans ses déviations pathologiques, et met en rapport avec l'organisme souffrant tous les moyens capables de le modifier, dans le but de ramener celui-ci à l'état normal. Dernier terme des sciences médicales, la thérapeutique est la partie de la médecine qui, sans contredit, demande à être traitée avec le plus d'application. Malheureusement et pendant des siècles, presque toujours solidaire des erreurs dans lesquelles se sont tant de fois égarées et la physiologie et la pathologie, l'on a vu cette science manquer souvent son but, et consumer ses efforts dans de stériles ou incomplètes vérifications. C'est là un point sur lequel on ne saurait trop insister : dans l'état actuel de la science, les diverses théories partielles dont celle-ci se compose comme doctrine, ne sauraient commander exclusivement la thérapeutique. Sans doute, si nous avions saisi la grande loi qui régit le monde pathologique, la thérapeutique devrait se déduire comme un simple corollaire de cette donnée fondamentale. Mais jusqu'ici nous n'avons pu nous élever qu'à la con ception de rapports secondaires, qui peuvent bien éclairer la thérapeu-

tique, mais non la diriger, la commander. Entrons dans quelques développements sur ce point, pour bien faire comprendre notre pensée, et montrer quelles sont aujourd'hui, suivant nous, les conditions essentielles du progrès en médecine pratique.

A l'exception des névroses, que l'on ne peut rattacher à une lésion matérielle de l'organisation que par un abus évident de la méthode analogique, il n'est pas une seule affection dans le cadre nosologique dont la physiologie, l'anatomie pathologique et la chimie organique ne prétendent à nous donner la théorie définitive. Cette prétention du reste n'est point nouvelle, elle est aussi vieille que la science et vivra autant qu'elle; cela est tout simple, la théorie seule donne à un ensemble de notions quelconques le caractère de science réelle et complète ; lors donc que nous cherchons à établir que la thérapeutique doit se maintenir dans une sorte d'indépendance vis-à-vis des théories, c'est que d'abord, dans les cas les plus heureux, celles-ci ne rendent compte que d'un certain nombre de faits, et qu'ensuite cette science a réellement une méthode à elle, des résultats de laquelle elle ne doit pas déshériter l'avenir; mais nous nous gardons bien de nous élever contre cette tendance génératrice qu'on rencontre dans certains esprits à toutes les époques de l'histoire de la médecine; outre qu'elle a déjà conduit à d'importants résultats, elle accuse un instinct intellectuel de l'ordre le plus élevé, et correspond à une des nécessités les plus impérieuses de toute science complète. Ces réserves faites, nous dirons premièrement que la thérapeutique ne peut accepter comme règles de pratique la conséquence de ces vues théoriques partielles ; secondement qu'elle a sa méthode à elle, et que lors même qu'elle cherche à vérifier ses vues, c'est à cette méthode qu'elle doit recourir, et n'y subordonner sa pratique qu'alors que cette vérification les a justifiées. C'est ainsi, par exemple, sinon qu'elle a toujours procédé, du moins qu'elle procède aujourd'hui vis-à-vis de la physiologie pathologique du médecin du Val-de-Grâce. Elle admet avec M. Broussais la nature franchement phlegmasique d'un certain nombre de maladies; dans quelques cas même elle reconnaît que toute l'affection se réduit à un simple traumatisme interne avec irradiations sympathiques diverses sur tels ou tels systèmes de l'économie; mais la thérapeutique, en tant que science indépendante ayant sa méthode, ses procédés propres, est bien loin d'accepter dans leur rigueur et dans toute leur extension les conséquences pratiques qui découlent de l'idée théorique de l'école de Broussais. Ainsi, pour citer un des exemples les plus tranchés dans l'ordre d'affections dont il s'agit maintenant, et dans lesquelles la pratique commandée par la théorie s'applique avec le plus d'avantages, dans la pleuropneumonie, l'élément inflammatoire, tout

important qu'il est ici, n'est point le seul élément pourtant dont une saine pratique doive tenir compte. Que dans un grand nombre de cas les indications thérapeutiques se tirent exclusivement de l'étendue, du degré de la phlegmasie pleuro-pulmonaire, tels que nous les traduisent d'une manière si rigoureuse en général l'auscultation et la percussion, nous ne le contesterons certainement pas ; mais à côté de ces cas, il en est évidemment un certain nombre d'autres où cette indication théorique s'efface devant des indications beaucoup plus importantes. Il en est ainsi quand la pleuro-pneumonie coexiste avec un état de débilitation prononcée, ou bien avec un certain état ataxique dont le délire et les soubresauts des tendons sont les manifestations les plus ordinaires. Il en est encore de même dans certaines constitutions médicales ou même dans certaines dispositions idiosyncrasiques où l'élément bilieux complique la phlegmasie localisée dans les vésicules pulmonaires. Dans les divers cas que nous venons de supposer, il n'est point douteux que la théorie physiologique de la pleuropneumonie ne laisse échapper les plus importantes indications ; que si alors la thérapeutique se laisse despotiquement dominer par cette théorie, elle manque évidemment son but. Dans ces cas divers, une pratique judicieuse commande de n'user du traitement antiphlogistique qu'avec la plus grande réserve, et de lui substituer rapidement les moyens propres à détruire les complications funestes ; que si ces moyens se trouvent en opposition avec la nature de la maladie locale, c'est une raison sans doute pour que l'on mette de la circonspection dans l'emploi de ces moyens, qu'on en surveille l'influence et sur les localisations morbides, et sur l'état général ; mais cette opposition ne suffit certainement point à les faire proscrire. C'est en suivant cette marche du reste, et en ne se laissant point emprisonner dans le cercle inflexible de la doctrine physiologique, que la thérapeutique a fait revivre ces indications que les anciens avaient parfaitement saisies, mais qu'ils avaient, eux aussi, trop généralisées ; de sorte qu'autrefois comme de nos jours l'attention des observateurs et surtout des praticiens n'était portée que sur l'élément morbide auquel la théorie contemporaine accordait le plus de valeur.

L'anatomie pathologique, d'un autre côté, qui n'est d'ailleurs au fond que la doctrine de Broussais, moins son interprétation physiologique, et qui lui est par conséquent inférieure au moins comme doctrine générale, car elle n'a même pas l'instinct des besoins de la science ; l'anatomie pathologique, disons-nous, tant qu'elle se borne à constater les lésions que les maladies laissent après la mort dans les tissus, sans les rapprocher des causes qui les ont provoquées, et de l'action morbide en laquelle elles ont consisté à leur origine, ne peut évidemment conclure à

aucune thérapeutique proprement dite. On ne conçoit pas que des esprits aussi distingués que le sont certainement les hommes que nous pourrions citer ici, n'aient pas compris tout d'abord que l'anatomie pathologique réduite ainsi à une simple épellation des lésions qu'elle constate, met entre elle et la thérapeutique un abîme infranchissable. Aussi, demandez à cette science, si riche de faits intéressants sans aucun doute, quelles indications elle a saisies dans le traitement des maladies, sinon des indications négatives? quelle méthode thérapeutique elle a fondée, sinon la méthode de l'abstention systématique? Ici encore la thérapeutique doit nécessairement s'éclairer, dans son action sur l'organisme souffrant, des lumières que l'anatomie morbide a jetées sur une face jusque-là inconnue des maladies; mais elle ne doit point laisser briser entre ses mains les moyens que l'expérience des siècles a consacrés. Avant que l'anatomie pathologique eût retourné l'organisme, si nous pouvons ainsi parler, pour dérouler à nos yeux les altérations que les maladies laissent comme trace de leur passage dans les tissus, ces maladies, avec tous leurs caractères, avec le cortége varié de leurs symptômes, avaient sévi déjà sur l'espèce humaine; les lésions que le scalpel nous découvre aujourd'hui, existaient alors comme aujourd'hui dans la profondeur des tissus vivants; et nous ne doutons pas, pour notre compte, que dans l'ignorance où l'on était alors de ces lésions, la thérapeutique ne se heurtât souvent imprudemment à celles-ci, et ne compromît, dans un bon nombre de cas, son influence curative. Mais malgré le ton dégagé avec lequel, guindés sur les échasses de notre prétention, nous traitons le passé, nous ne voyons pas que personne ose soutenir qu'avant la découverte de l'anatomie morbide, la thérapeutique ajoutait constamment aux maladies, et ne concourait jamais à leur solution. Non, cela n'est pas vrai, croyons-le pour l'honneur de nos pères, pour l'honneur de la science..... Or, la méthode qui guidait les médecins avant Morgagni, Bonnet, et leurs laborieux successeurs, et qui les conduisait au but essentiel de l'art, au rétablissement de l'harmonie des fonctions, ne laisse pas complétement d'être applicable, parce que les progrès de la science ont fait découvrir un nouvel élément pathologique dont elle doit tenir compte dans l'action qu'elle est appelée à exercer sur l'organisme souffrant. C'est encore là un point capital sur lequel on ne saurait trop insister, tout l'avenir de la thérapeutique est engagé dans cette question. Si les lésions organiques sont tout dans la vie pathologique, il n'y a qu'une manière de travailler au progrès de la thérapeutique, c'est d'étudier, de comparer, d'analyser ces lésions, et, cela fait, d'en conclure toute la thérapeutique. Mais tous nos livres sont remplis des résultats de ces études, de ces analyses, de ces comparaisons; or, thérapeutique-

ment parlant, qu'en a-t-on généralement conclu? Ceci : que dans les cas où la science curative développe la plus grande efficacité, elle abrége de quelques heures *peut-être* la durée des maladies.... Donc dans cette voie il n'y a point de progrès possible; donc ici, comme vis-à-vis de la doctrine physiologique, la thérapeutique doit profiter des découvertes de la science, mais elle doit faire usage de la méthode propre, des procédés à la faveur desquels elle s'est jusqu'ici constituée, c'est à savoir l'*observation directe*, et, avec réserve, l'induction. C'est ainsi que nous avons toujours compris la valeur des données fournies par l'anatomie morbide, dans leur rapport avec la science du traitement des maladies. En marchant dans cette direction, nous avons contribué, nous le pensons au moins, à réhabiliter dans la science diverses méthodes thérapeutiques importantes, par exemple la méthode évacuante. Cette méthode avait été à peu près proscrite du traitement des maladies aiguës et des maladies chroniques, soit au nom de l'école physiologique, soit au nom de l'anatomisme. Il n'est point un seul praticien maintenant qui ne se soit affranchi de cette terreur puérile qui pendant si longtemps nous a fait considérer la muqueuse gastro-intestinale comme une sorte de *noli me tangere* physiologique, et nous désarmait vis-à-vis d'un grand nombre d'affections. Dans la fièvre typhoïde même, sans vouloir ici préjuger la valeur absolue de cette médication, il est reconnu de tous, au moins que la méthode évacuante n'a point le danger que la théorie a pu faire prévoir; qu'elle peut par conséquent être appliquée quand des indications précises l'appellent. Mais ce bill d'indemnité, si nous pouvons ainsi dire, accordé à cette méthode, ne se borne point à elle; il s'étend à un nombre infini d'agents qui, au nom des mêmes idées, avaient été proscrits, et qui dès lors peuvent être de nouveau soumis au contrôle de l'*expérimentation.*

Enfin, et nous terminerons par là cet exposé rapide de notre philosophie thérapeutique; plusieurs observateurs, dont le nom est haut placé dans la science, s'occupent beaucoup en ce moment de recherches sur la composition des liquides dans les maladies, soit à la faveur des procédés ordinaires de la chimie, soit à l'aide de l'observation microscopique. Déjà même quelques résultats importants ont été signalés; ainsi, d'après ces travaux, on chercherait à établir que toutes les phlegmasies, quelle que soit leur diversité de formes, d'intensité, de siége, sont toutes caractérisées par une augmentation dans la quantité absolue de la fibrine; par contre, les pyrexies, qu'on aurait d'après cette vue nouvelle faussement confondues avec les inflammations, se caractériseraient par un état inverse de la composition du liquide sanguin. Ce sont là sans doute des données qui, si elles viennent à se vérifier, ont une grande valeur:

mais en tirerons-nous thérapeutiquement cette conséquence, qu'il faut à l'avenir s'interdire tout stimulant dans toute affection de l'organisme vivant dès que nous aurons constaté une localisation phlegmasique, et qu'il faut donner exclusivement du fer, du quinquina et des jus de viande dans les fièvres continues? Non certainement : la thérapeutique suivra ici la marche que nous l'avons vue suivre précédemment; elle demandera à la pathologie vivante ses indications, et s'efforcera de les remplir en mettant à contribution les divers moyens que l'expérience successive des temps a consacrés.

Pour nous résumer en deux mots, la thérapeutique n'est pas condamnée à marcher dans la voie que lui tracent les théories partielles qui se succèdent dans la science; elle a ses procédés et sa méthode propres : c'est l'observation directe de l'action des agents médicamenteux sur l'organisme souffrant, c'est l'expérimentation sage, raisonnée dans les diverses individualités morbides. C'est à ces procédés qu'elle doit les principales conquêtes qu'elle a faites dans le passé, c'est à leur lumière qu'elle doit continuer à marcher dans l'avenir. Tels ont été les principes du *Bulletin de Thérapeutique* à son origine, tels ils sont encore aujourd'hui.

DE LA DISPARITION DES HYDROPISIES SOUS L'INFLUENCE DES ÉVACUATIONS URINAIRES ABONDANTES,

Par M. Briquet, médecin de l'Hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté.

Les auteurs de thérapeutique semblent, en parlant des propriétés des médicaments diurétiques, disposés à regarder ces substances comme n'ayant ordinairement qu'un effet graduel, lent, et presque insensible : cependant, il est des cas dans lesquels leur action se fait sentir d'une manière très-prononcée, et arrive rapidement à une espèce de maximum d'intensité à l'aide duquel il s'opère de grandes mutations dans l'économie animale. Les ouvrages des observateurs contiennent bien quelques faits dans lesquels on voit des hydropisies portées à un degré fort avancé disparaître rapidement sous l'influence des évacuations urinaires produites par les diurétiques; mais ces faits, qui sont épars dans la science, sont incomplets, tronqués; ils manquent des conditions nécessaires pour satisfaire l'esprit, qui demande maintenant de la précision et du positif. Je contribuerai par cet article à combler cette lacune, en présentant deux cas, observés aussi minutieusement qu'il a été possible, et dans lesquels l'action diurétique s'est manifestée par des évacuations urinaires brusquement produites, et a amené la résorption des liquides

séreux infiltrés dans le tissu cellulaire et épanchés dans les cavités des membranes séreuses. Le lecteur verra comment s'est opéré ce flux urinaire, et comment s'est faite la disparition de l'hydropisie.

Obs. I. — *Insuffisance des valvules de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur; hydropisie consécutive.*

Diard, âgée de soixante-six ans, blanchisseuse; femme encore assez forte, toussant depuis longtemps, ayant également depuis longtemps la respiration courte, et sujette à de légères palpitations. L'année dernière, elle a eu une pleuropneumonie à droite avec endocardite, à la suite de laquelle elle est restée plus essoufflée qu'auparavant, et avec une disposition à l'infiltration telle, qu'elle a été obligée de venir plusieurs fois à l'hôpital pour prendre du repos.

Le 14 mai 1842, elle vient de nouveau se présenter pour être reçue; elle se trouvait dans l'état suivant :

Teinte un peu jaune paille de la face, amaigrissement de cette partie, langue rougeâtre et humide, perte de l'appétit; dyspnée qui force la malade à se tenir sur son séant, où elle ne respire qu'avec peine; le thorax offre en avant et à droite un son normal, et un mélange de râle muqueux à petites bulles et de râle sibilant; à gauche un son un peu dur de la clavicule à la quatrième côte, avec une expansion vésiculaire faible, mais pure; au-dessous de la quatrième côte, un son tout à fait nul, et l'absence complète d'expansion vésiculaire; les bruits du cœur sont difficiles à entendre et n'offrent pas d'impulsion; on distingue un bruit de frottement très-faible, très-obscur, qui a lieu en même temps que se passent chacun des bruits du cœur; les bruits des carotides sont à l'état normal, ainsi que ceux de l'aorte qu'on entend derrière la moitié supérieure du sternum. En arrière, son dur des deux côtés dans le tiers inférieur du dos; expansion vésiculaire mêlée de râle muqueux et sibilant dans la partie sonore; respiration très-faible dans la portion mate, un peu d'expiration bronchique vers le milieu de la hauteur de la gouttière vertébrale droite, et un peu de râle sous-crépitant en bas; expectoration peu abondante, visqueuse et incolore, avec quelques crachats opaques et jaunâtres; infiltration à un degré considérable des membres supérieurs et inférieurs, des parois abdominales et des régions lombaires; un peu de distension de l'abdomen, avec matité dans la moitié inférieure de la région sous-ombilicale; point de diarrhée; pouls à 80, régulier, assez fort; peau fraîche; urines peu abondantes, ne se troublant point par l'acide nitrique; pas de sueurs. Il semble que la malade est affectée d'un rétrécissement avec insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, avec diathèse séreuse très-prononcée, indiquée par l'infiltration et les épanchements séreux dans les plèvres et dans le péritoine. Je prescris la tisane pectorale avec oxymel scillitique et une potion gommeuse avec 2 grammes de teinture de digitale.

Peu à peu l'infiltration augmente, les collections de liquide dans les plèvres et dans l'abdomen deviennent plus considérables malgré le traitement.

Enfin, au 28 mai, l'accablement était devenu considérable, la face avait pris la teinte jaune paille, la langue, rougeâtre, offrait quelques plaques de

diphterite; elle était collaute. Les signes que donnent l'auscultation et la percussion étaient toujours à peu près les mêmes, seulement l'épanchement paraissait plus considérable dans la plèvre droite que dans la gauche, puisque la matité remontait de ce côté presque jusqu'à l'angle inférieur du scapulum; les bruits du cœur étaient toujours éloignés, très-sourds et sans impulsion. On ne distinguait plus guère sensiblement de bruit de frottement. La respiration est toujours fort gênée, et le pouls de 75 à 80; la peau restait fraîche, et les urines, peu abondantes, ne se troublaient point par l'addition de l'acide nitrique; l'infiltration générale était considérable; la peau était distendue outre mesure; la malade était arrivée à prendre 6 gram. de teinture de digitale dans sa potion, elle avait continué la tisane de pariétaire avec 64 gram. d'oxymel scillitique. Le 19 et les jours suivants, un flux considérable d'urines s'établit, la malade est obligée de se lever huit à dix fois par nuit, et elle rend de pleins pots d'urines peu colorées, et déjà le 1er juin les membres supérieurs présentent à peine des traces d'infiltration. Le 4, il n'y a plus d'infiltration ni aux membres ni au tronc, tout ce gonflement a disparu, les parties sont revenues à leur volume normal; la figure a repris un peu d'animation, la peau est moins terreuse, l'appétit se fait sentir, la respiration est moins gênée, et le décubitus peut se faire à plat. La dureté du son de la région précordiale est un peu diminuée, et celle de la partie postérieure du thorax l'est aussi; l'expansion vésiculaire s'entend depuis le haut jusqu'en bas; elle se mêle à du râle muqueux et à de la respiration bronchique. Il reste un peu de toux, avec l'expectoration de la bronchite; il n'y a plus de matité à la partie inférieure de l'abdomen; les bruits du cœur subsistent les mêmes; le pouls est régulier de 70 à 75. Les urines cessent d'être abondantes, et elles redeviennent plus colorées; la malade est d'une extrême faiblesse.

Enfin elle sort de l'hôpital le 14 juin, sans la moindre apparence d'infiltration; le son du thorax était devenu clair jusqu'en bas, excepté à la région précordiale, et l'abdomen ne présentait plus le moindre indice d'épanchement.

On voit dans ce fait, que j'ai présenté de la manière la plus succincte qu'il m'a été possible, une altération organique du cœur dont l'influence sur la circulation, et par suite sur l'hématose, a été telle, qu'une diathèse séreuse avec toutes ses conséquences s'en est suivie. — Pendant quelque temps et malgré le repos, la température convenable et une médication appropriée, les accidents vont croissant; enfin un jour, sans que l'altération organique, origine de tous les troubles de l'économie, ait été modifiée, les secréteurs entrent en exercice, et en quelques jours toute la sérosité déposée dans le tissu cellulaire et dans les lombes est absorbée. — Doit-on attribuer cette hypercrinie à un effort critique? rien n'en donne la certitude; ordinairement, les crises sont précédées ou accompagnées de phénomènes qui dénotent un effort de l'organisation. Sans prétendre rencontrer le pouls, que Bordeu regardait comme caractéristique d'une crise par les urines, c'est-à-dire un pouls régulièrement inégal, produit de l'imagination de ce médecin, au moins de-

vrait-il y avoir une augmentation de fréquence dans les battements de l'artère. Or, chez notre malade, le pouls, au contraire, avait perdu graduellement de sa vivacité. Tous les auteurs parlent de chaleur dans les lombes et de douleurs consécutives dans les régions des reins; or, nous n'avons rien observé de semblable.

Il est vraisemblable que la médication diurétique a eu sa part dans ce résultat salutaire, et il faut croire qu'il a été nécessaire d'une certaine dose de substance médicamenteuse pour le provoquer. N'en est-il pas ainsi pour divers médicaments? Aussi, dans les paralysies, les malades ne ressentent l'effet de la noix vomique qu'après un certain temps de son usage. Les accidents vénériens ne cèdent également aux mercuriaux qu'après l'emploi d'une dose déterminée de mercure. Le calomel ne produit souvent d'évacuation qu'après quelques jours de son emploi. Ne sait-on pas que les affections scrophuleuses ne commencent à se modifier qu'après un temps assez long de l'usage de l'iode; que les affections chroniques de la peau ont besoin d'un emploi prolongé des préparations arsenicales avant de présenter le moindre changement?

Quoi qu'il en soit, aucun changement appréciable n'a fait prévoir l'évacuation qui allait se faire; rien de particulier ne s'est fait apercevoir pendant qu'elle se faisait.

Il est, du reste, curieux de voir avec quelle rapidité l'absorption de la sérosité s'est faite : en deux jours l'infiltration a disparu des membres supérieurs, et en sept jours elle était complétement dissipée; les séreuses s'étaient également vidées.

Cette disparition s'est faite en sens inverse de la production de l'œdème; ainsi, elle a commencé par les membres supérieurs, a continué aux membres inférieurs, et a terminé par les cavités des séreuses.

La quantité d'urine rendue a été considérable; ces urines étaient fort claires; leur apparition en quantité anormale s'est faite brusquement, et non graduellement; il en a été de même pour leur disparition.

Obs. II. — ***Pleurésie aiguë avec épanchement, leuco-phlegmasie consécutive.***

Gigou, âgée de vingt-neuf ans, domestique, de constitution lymphatico-sanguine, à peau blanche et fine, assez chargee d'embonpoint, habituellement de bonne santé; née d'un père mort tuberculeux, à trente-deux ans, elle n'ayant encore que treize ans, et d'une mère morte fort jeune, elle étant encore enfant.

Le 28 mai, cette femme eut, dans la soirée, l'occasion de se plonger plusieurs fois les bras dans l'eau froide pendant qu'elle était en sueur. La nuit même, elle fut prise d'un frisson prolongé, qui fut suivi de chaleur et de malaise.

Les jours suivants, survinrent de la douleur au côté gauche, de la gêne de

la respiration, et de la fièvre; la malade, obligée de s'aliter, fut saignée; le sang sorti de la veine était couenneux. On appliqua successivement des sangsues en petit nombre, et un vésicatoire sur le côté douloureux. La maladie s'aggravant, elle vint à l'hôpital Cochin, le 5 juin 1842, avec la figure fatiguée et un peu colorée en rose aux joues, la langue blanche et humide, une soif vive, une respiration fort gênée (36 respirations par minute); le décubitus se faisant sur le dos, et impossible dans les autres positions. Le thorax donnait à l'auscultation et à la percussion les résultats suivants : à droite, tant en avant qu'en arrière, son et respiration à l'état normal. A gauche, en avant, son normal de la clavicule à la troisième côte, et expansion vésiculaire normale; de la troisième côte, quelques lignes au-dessous de la quatrième, son presque mat et apnée ; au-dessous, bruits du cœur à l'état normal; en arrière, matité depuis le niveau du milieu de la fosse sous-épineuse jusqu'au bas du thorax; légère expiration bronchique avec retentissement œgophonique de la voix dans toute cette portion du thorax, et disparition du frémissement vocal; au-dessus, expansion vésiculaire normale. Douleur pongitive assez vive siégeant au niveau du mamelon, et descendant jusque vers le milieu de la portion gauche du dos. Peu de toux, point d'expectoration. Abdomen de forme normale, peau fraîche, point de douleur dans les membres, pouls de force modérée à cent pulsations. Lors de son entrée, on avait fait à cette malade une saignée de 450 grammes, et qui n'avait pas été couenneuse.

La pâleur et l'absence de chaleur de la peau, la faiblesse du pouls, le peu de succès des saignées précédentes ne permettant pas de pousser plus loin les évacuations sanguines, on se borna à l'emploi des adoucissants, à la prise de la poudre de digitale à dose de 10 centigrammes par jour, et à l'entretien du vésicatoire sur le côté gauche du thorax, pour combattre l'épanchement pleurétique dont l'intensité paraissait être modérée.

Malgré l'emploi de ces moyens, l'épanchement alla graduellement en augmentant, de telle sorte que le 15, la matité remontait en avant jusqu'à la clavicule, et en arrière jusque dans la fosse sus-épineuse; l'expiration bronchique se faisait entendre en avant et en arrière dans la moitié supérieure de ce côté, tandis qu'au dehors il y avait apnée complète. La gêne de la respiration était portée au point de produire l'orthopnée. Le pouls faible était à cent dix.

On insista sur les vésicatoires, sur l'usage de la poudre de digitale, qui fut prise chaque jour à la dose de 15 centigrammes, dans une potion gommeuse, sur la décoction de pariétaire avec sirop de pointes d'asperges, et sur les frictions avec la teinture de scille faites deux fois par jour sur la partie interne des membres inférieurs.

Le 22, les phénomènes de l'épanchement restent les mêmes, la plèvre gauche est complétement remplie par le liquide épanché dans sa cavité, et l'on s'aperçoit de l'apparition d'un œdème assez considérable aux membres inférieurs et au membre supérieur gauche. Les bruits du cœur restent toujours à l'état normal, et la respiration devient de plus en plus gênée. Les urines peu abondantes, contenant un dépôt rosacé très-abondant complétement soluble dans l'acide nitrique, le pouls est à quatre-vingt-dix, la peau est fraîche.

Décoction de pariétaire édulcorée avec 64 grammes de sirop de pointes d'asperges, et potion gommeuse avec 2 grammes de teinture de digitale.

Le 29 juin, on n'aperçoit point encore d'indices de résolution de l'épanchement pleurétique, car la matité du côté gauche du thorax existe toujours, depuis la clavicule, en avant, et la fosse sus-épineuse, en arrière, jusque tout à fait en bas de ce côté; l'expiration bronchique se fait entendre, en arrière seulement, dans la moitié supérieure de cette portion du thorax. Ailleurs, l'apnée est complète à droite, tant en avant qu'en arrière; l'expansion vésiculaire s'accompagne de râles muqueux et sibilants, médiocrement abondants; il y a de la toux, et, depuis quelques jours, apparaissent des crachats de bronchite.

La malade est très-fatiguée; sa face est pâle, décolorée; la langue blanche. Il existe une anorexie complète; la soif est très-modérée, et l'on ne boit que deux pots de tisane dans les vingt-quatre heures. La gêne de la respiration va croissant, car la respiration ne peut se faire qu'en se tenant sur son séant, le corps penché en avant; les bruits du cœur restent à l'état normal; ils semblent éloignés. L'abdomen est à l'état normal, et l'on n'y trouve pas de matité dans sa partie supérieure : la peau reste fraîche, le pouls reste à quatre-vingt-dix; il y a des sueurs la nuit, et les urines sont toujours très-rares. En même temps l'infiltration va croissant; le membre supérieur gauche est infiltré depuis le haut jusqu'en bas, et très-gonflé; le membre supérieur droit l'est aussi, mais à un degré moindre; les membres inférieurs ont pris un volume considérable; l'œdème a gagné les lombes; la peau de ces parties est tendue et luisante. Un léger érysipèle se manifeste autour du vésicatoire qui touche aux lombes.

Il est évident que la maladie va croissant; et en raison des antécédents de la malade, de sa peau blanche, de la toux qui est survenue et des sueurs nocturnes, on craint que la malade ne soit sous l'influence de la dégénération tuberculeuse; et l'on est disposé à porter un pronostic grave. Du reste, on continue le traitement par les diurétiques, et l'on porte la dose de la teinture de digitale jusqu'à 6 grammes; on insiste sur les frictions avec le liniment scillitique.

Le 30, la scène change : une abondante expectoration se manifeste; elle remplit la moitié du crachoir; en même temps un flux d'urines s'établit à tel point, que durant la nuit la malade a uriné huit à dix fois, et chaque fois en assez grande quantité. Et l'on trouve, le lendemain, que la matité a disparu de la clavicule à la troisième côte, qu'elle est remplacée par un son très-clair, et qu'on entend dans ce point un peu de respiration mêlée de râle liquide fort abondant. L'érysipèle du côté s'accompagne d'une douleur musculaire très-vive, qui nécessite l'application de douze sangsues sur le lieu même de la douleur. On continue le traitement par les diurétiques, sans y faire d'autres changements.

2 juillet. Même expectoration comme purulente, plus copieuse que la veille; le flux d'urines continue. L'œdème des membres supérieurs a complétement disparu; ceux-ci sont revenus à leur volume normal; il y a beaucoup moins de dyspnée. Même traitement.

5 juillet. Le flux d'urines a continué au même degré; les urines sont claires, légèrement colorées en jaune; aussi, en même temps, la face a perdu sa teinte blafarde pour prendre des couleurs rosées; l'appétit commence à revenir: la respiration est beaucoup moins rare. Le son est maintenant normal jusqu'au-dessous de la troisième côte. Ailleurs, la matité persiste avec l'apnée.

L'œdème des membres inférieurs a complétement disparu; il ne reste plus qu'un peu d'infiltration aux lombes; le pouls est de soixinte-quinze à quatre-vingts.

Les jours suivants, la maladie allait en s'améliorant; les forces revenaient; l'appétit se faisait sentir; il n'y avait plus de toux, d'œdème même aux lombes; le pouls était calme, et tout semblait faire penser que le liquide qui constitue l'épanchement pleurétique serait résorbé, comme celui qui infiltrait le tissu cellulaire sous-cutané, lorsque, le 11 juillet, la malade s'est exposée au froid pendant qu'elle était en sueur, et a contracté une bronchite sur-aiguë, pour laquelle il a été nécessaire de la saigner. Aujourd'hui, 13 juillet, elle est en bon état; l'infiltration des membres n'a pas reparu, mais l'épanchement pleurétique ne se résorbe que très-lentement; cependant tout fait espérer qu'elle se rétablira complétement.

Cette observation offre une pleurésie avec épanchement considérable, dans laquelle la maladie, comme dans le cas précédent, a été graduellement en augmentant, et s'est accompagnée d'une infiltration qui s'est étendue à presque toute la surface du corps; un traitement approprié a semblé n'avoir aucune influence sur les accidents, qui vont croissant. Puis un jour l'effet s'est fait sentir, sans aucun changement préalable de l'organe malade ni de l'économie animale. Un flux abondant d'urines s'est établi; en trois jours l'œdème des membres supérieurs s'est dissipé, et au bout de huit jours en tout l'infiltration a complétement disparu aux membres inférieurs et aux lombes, en suivant, comme dans le cas précédent, une marche absolument inverse de celle de son apparition. Le liquide contenu dans la plèvre a subi de la diminution; mais comme il n'était point arrivé dans cette membrane par le fait de la diathèse séreuse, ainsi que cela avait eu lieu dans le cas précédent, la guérison de la diathèse n'a point amené celle de l'épanchement; celui-ci ne se résorbera que lentement. Ici encore on voit les urines reprendre l'état normal pour les quantités et pour les qualités dès que l'infiltration a cessé. Nous ne pouvons pas plus dans ce cas que dans le précédent attribuer ce résultat à un effort critique; nous ne pouvons pas non plus penser qu'il dependait d'une amélioration de la maladie primitive; nous nous croyons suffisamment fondés à l'attribuer, comme dans le cas précédent, à l'action médicamenteuse des diurétiques.

Ces deux cas montrent d'une manière évidente la disparition d'hydropisies consécutives sous l'influence d'un flux d'urines, la maladie primitive conservant toute son intensité. Le travail curatif s'est fait, dans ces deux cas, d'une manière tellement identique, qu'il m'a paru inutile d'en rapporter d'autres, et que je me suis borné à ces deux faits, qui se sont présentés depuis quelques mois à mon observation.

Briquet.

UN MOT SUR L'EMPLOI DE LA POMMADE A LA NAPHTALINE CONCRÈTE DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS.

Dans mes précédents articles sur les maladies de peau, je me suis surtout occupé du traitement des dartres sèches, entre autres des divers psoriasis et de la lèpre vulgaire. J'ai principalement fixé l'attention des médecins sur l'emploi du goudron à haute dose dans ces dernières maladies. En le conseillant, je ne me suis point dissimulé que ce médicament avait l'inconvénient de répandre de l'odeur et d'être d'un usage assez incommode. Mais les avantages qu'il présente m'avaient paru si considérables, que je ne crus pas devoir être arrêté par ces obstacles. Le succès a couronné mes faibles efforts, et c'est aujourd'hui un remède acquis à la thérapeutique. Néanmoins j'ai toujours cherché, depuis, à isoler le principe actif du goudron et à le séparer de sa matière colorante, pour lui enlever une partie des désagréments attachés à son usage. Il y a quelques années que j'ai essayé les huiles essentielles qu'on en retire par la distillation; j'en ai obtenu de bons effets; mais l'odeur de la pommade que l'on confectionne avec elles est tellement forte, que quand plusieurs personnes l'emploient en même temps, la salle ne tarde pas à en être infectée; j'ai renoncé à son emploi à Saint-Louis. Mais en continuant mes essais, je suis arrivé à constater l'efficacité de l'un des produits que l'on retire du goudron; je veux parler de la naphtaline concrète. Je l'ai employée sur quatorze malades. Deux n'en ont obtenu aucun avantage: l'un de ces cas avait pour sujet une jeune femme de trente ans, affectée d'un psoriasis gyrata depuis près de huit ans, qui, après avoir cédé aux arsenicaux, est revenu au bout de six mois; le deuxième cas s'est offert à moi chez un jeune homme de dix-huit ans, portant une lèpre vulgaire qui datait de plusieurs années; deux mois de traitement n'ayant amené aucune amélioration, j'ai cessé la naphtaline pour revenir au goudron, qui a fait disparaître en deux mois tous les symptômes maladifs. J'ai été plus heureux dans douze autres cas, chez huit hommes et quatre femmes. Des premiers, deux avaient de douze à treize ans, et portaient des lèpres vulgaires depuis quinze mois et deux ans; l'un et l'autre jouissaient d'une parfaite santé, malgré les divers traitements qu'on leur avoit fait subir pour les débarrasser de leur maladie de peau. L'un avait pris pendant trois mois de la solution de Pearson, jusqu'à la dose de 3 gram. par jour, et des préparations iodées pendant un an. Le plus jeune avait été jusqu'à dix gouttes de solution de Fowler. Ce traitement, interrompu deux fois, avait été continué pendant six mois. Pendant les deux premiers il fut bien supporté et parut efficace, mais pendant le cours du troisième,

d'autres plaques de lèpres se montrèrent, et l'amélioration s'arrêta. Divers accidents des organes digestifs forcèrent d'interrompre l'administration de la solution, et elle ne fut plus continuée que par intervalles de dix et douze jours de suite, et complétement suspendue vers la fin du sixième mois. La maladie revint comme elle était avant ce traitement. Trois mois après, j'ai commencé l'application de la pommade à la naphtaline, composée comme il suit :

Naphtaline concrète.	2 grammes.
Axonge	30 grammes.

Cette pommade a été employée sur les deux sujets en même temps et aux mêmes doses; les squammes n'ont pas tardé à tomber; la peau qu'elles recouvraient est devenue violacée, des cercles blancs ont paru autour, et en six semaines de temps j'ai obtenu une guérison complète. Rien n'a encore reparu, quoique ces malades soient guéris depuis trois mois.

Les quatre autres observations ont été recueillies sur des hommes de vingt-six à trente-huit ans, tous bien constitués, dont trois avaient des psoriasis invétérés qui dataient, l'un de six, l'autre de sept, et le troisième de seize ans. Ce dernier avait subi trois traitements par les arsenicaux, un par l'iode et les bains iodés et iodurés, et deux traitements mercuriels. Il avait complétement renoncé aux remèdes actifs, lorsque le mal a gagné les ongles et la paume des mains; des douleurs assez vives sont survenues, et l'ont forcé de recourir de nouveau à la médecine. J'ai commencé par des frictions de pommade de goudron, et déjà il était en grande voie de guérison, lorsqu'après six semaines il me signifia qu'il ne pouvait plus continuer sans sacrifier sa fortune en laissant ses affaires en souffrance. Il me demanda en grâce de lui faire faire un extrait de goudron; j'employai alors une pommade à la naphtaline plus forte :

Naphtaline.	4 grammes.
Axonge	30 grammes.

J'en fis couvrir des compresses que j'appliquai sur les parties malades matin et soir; au bout de six semaines la guérison était complète. Deux fois seulement j'ai fait appliquer pendant vingt-quatre heures des cataplasmes de fécule de pommes de terre pour apaiser les cuissons qui s'étaient développées. Cet effet est assez souvent produit par des applications de compresses trop chargées de pommade. Des bains émollients et des cataplasmes de même nature en triomphent aisément. Un quatrième malade, âgé de trente-un ans, portait sur tous les membres de larges

plaques de psoriasis depuis dix ans ; quelques traitements de peu d'importance avaient été essayés sans succès. Je débutai par des cataplasmes de féeule pour ramollir et faire tomber les squammes, et j'appliquai ensuite sur les plaques des compresses recouvertes de la pommade. En cinq semaines ce malade a été complétement guéri; je l'ai gardé un mois de plus dans mes salles pour bien m'assurer que la guérison était parfaite. Je l'ai fait examiner par mon habile et très-honorable collègue et ami le docteur Cazenave, qui l'a trouvé en très-bon état, et qui m'a promis d'essayer ce nouveau moyen.

Les deux autres hommes, âgés de trente-quatre et trente-huit ans, portaient des psoriasis légers, qui, en cinq et six ans de temps, étaient à leur troisième récidive. Deux mois de traitement ont tout fait disparaître chez le plus jeune; celui qui était âgé de trente-huit ans a été atteint d'un érysipèle au visage, qui m'a forcé à suspendre cette médication pendant vingt jours; et comme je n'ai employé que la pommade la plus faible, il a mis trois mois à se guérir.

Les quatre femmes ont été traitées par la pommade la plus forte. Chez toutes j'ai fait précéder le traitement de cataplasmes émollients pendant cinq et six jours, et j'ai recouvert ensuite les plaques, privées de leurs squammes et ramollies, avec des compresses sur lesquelles il y avait une demi-ligne du médicament. Chez toutes j'ai été obligé de recourir aux cataplasmes pendant la durée du traitement, sans pour cela interrompre l'usage de la pommade. Toutes, au bout de quinze à dix-huit jours, avaient éprouvé une amélioration considérable. L'une, âgée de vingt-quatre ans, malade depuis six ans, était couverte d'un psoriasis guttata ; il a fallu trois mois pour obtenir une guérison complète. Une autre, atteinte d'un psoriasis invétéré qui datait de quinze ans, dont elle avait été affectée à l'âge de vingt-quatre ans, à la suite d'une suppression brusque des menstrues, a guéri rapidement en moins de deux mois. Enfin, deux jeunes filles, l'une de dix-sept ans, l'autre de dix-huit, n'avaient de plaques que sur les genoux et sur les coudes : il n'a fallu que cinq semaines à la plus jeune et six à l'autre pour être débarrassées de cette ennuyeuse maladie, qui datait de plus de six mois chez chacune d'elles, et qui allait toujours en augmentant.

Ces faits ne sont point encore assez nombreux pour qu'on puisse statuer quelque chose de bien précis; néanmoins ils sont suffisants pour encourager de nouveaux essais. Il est bon, à cet égard, de prévenir les praticiens que le médicament dont il est question a quelques légers inconvénients : d'abord, l'odeur de notre pommade est assez forte, mais elle passe avec promptitude; puis elle excite la peau et pourrait provoquer quelquefois des inflammations assez vives, et même des érysipèles, si l'on

n'en surveillait l'action, si l'on n'en modérait, quand il y a lieu, l'activité sur la partie au moyen d'applications émollientes.

ÉMERY.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR L'EFFICACITÉ DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LES CAS DE SYPHILIS SECONDAIRE ET TERTIAIRE.

Placé sur un théâtre où pullulent les affections vénériennes sous toutes leurs formes et à toutes leurs périodes, j'ai été à même d'observer bon nombre de cas des plus rares, souvent encore aggravés par le long temps écoulé entre le début de l'affection et le commencement du traitement, comme cela arrive fréquemment chez les marins ou les voyageurs. J'ai constamment employé dans le traitement des diverses affections syphilitiques, avec les plus heureux résultats, la méthode de M. Ricord, mon excellent maître, et je crois devoir ne pas laisser passer inaperçus les succès que m'a procurés l'emploi de l'iodure de potassium dans les périodes secondaires et tertiaires de la syphilis, dont j'ai commencé à faire usage dans ma clientèle vers la fin de 1840.

Comme tout a été à peu près dit sur le mode d'action de ce médicament héroïque dans les cas dont il est question, je me bornerai à rapporter ici quelques observations de syphilis secondaire et tertiaire dans lesquelles l'emploi de l'iodure de potassium à haute dose m'a donné un succès rapide et complet, alors que toutes les autres médications avaient complétement échoué contre ces cas rebelles, ou même avaient amené des exacerbations considérables dans les symptômes existants.

Puissent ces faits, quoique peu nombreux et livrés sans commentaires, servir à corroborer la confiance des praticiens dans l'emploi d'un des médicaments les plus héroïques dont se soit enrichie, dans ces derniers temps, la thérapeutique spéciale de ces périodes de la syphilis, si longtemps restée stationnaire.

Obs. I. — *Énorme exostose du coude; exostoses des côtes; emploi de l'iodure de potassium; guérison rapide.*

M. S. de B., âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution sèche et nerveuse, débilité par des excès prématurés de diverses sortes, avait contracté dès l'âge de vingt et un ans plusieurs chancres et plusieurs écoulements qui furent traités avec négligence et d'une manière fort incomplète. Cependant, on employa à plusieurs reprises contre ces accidents les mercuriaux à haute dose, qui eurent pour résultat d'amener la chute des dents et des cheveux, ainsi qu'une émaciation considérable par suite des abondantes salivations qu'ils déterminèrent et qu'on laissa continuer par système pendant assez longtemps.

Il y a trois ans, pendant un voyage en Corse que lui avait conseillé le mé-

decin qui le soignait, ce jeune homme s'aperçut que les mouvements d'extension de l'articulation du coude gauche devenaient rudes et difficiles à exécuter, et comme cette raideur, qui s'accroissait chaque jour, était accompagnée d'un gonflement graduel des extrémités osso-cartilagineuses qui concourent à former cette articulation, ce jeune homme s'effraya de ces symptômes, auxquels s'étaient jointes des douleurs ostéocopes qui, par leur vivacité, troublaient complétement son sommeil. Il se décida à revenir à Paris au commencement de 1840. A cette époque, il était de plus survenu sur les quatre dernières vraies côtes droites des exostoses considérables, occupant l'espace compris entre l'angle des côtes jusqu'à leur extrémité vertébrale. Ces exostoses prenaient chaque jour de l'accroissement et offraient les mêmes douleurs caractéristiques que le coude.

Alors ce malade entra aux Néothermes, où il fut de nouveau soumis pendant cinq mois à l'usage des mercuriaux, des sudorifiques, des bains russes et de vapeur sulfureuse, sans plus de succès qu'avant. De sorte qu'il en sortit au bout de ce temps, abandonnant toute espèce de traitement comme désormais inutile, après les mauvais résultats qu'il avait obtenus de ceux employés jusqu'alors.

En passant par le Havre pour retourner dans sa famille, il vint me consulter, et me fit l'historique de sa maladie, en m'exprimant le désespoir qu'il avait d'être désormais privé de l'usage de son bras. J'examinai son coude, qui présentait l'aspect suivant : l'avant-bras était fléchi à angle aigu sur le bras, et l'articulation du coude était convertie en une tumeur demi-sphérique, du volume d'une tête de fœtus à terme, lisse, dure et polie. La peau qui la recouvrait n'offrait aucune rougeur et avait conservé sa coloration normale.

Le bras et l'avant-bras étaient atrophiés et présentaient à peine la moitié du volume qu'offrait le membre thoracique du côté droit. Il y avait impossibilité de distinguer aucune des saillies osseuses qui concourent à former l'articulation huméro-cubitale du côté gauche. C'est alors que je proposai au malade de le soumettre à l'usage de l'iodure de potassium, en lui faisant espérer un bon résultat de l'emploi de ce médicament, que je ne connaissais encore que par le premier article publié par M. Ricord dans le *Bulletin de Thérapeutique*. Ce malade est le premier chez lequel j'aie employé ce traitement.

Il prit d'abord 2 grammes d'iodure de potassium par jour, dans un litre de tisane de saponaire, pendant huit jours, puis nous allâmes jusqu'à 4 grammes par jour les huit jours suivants. A cette époque (quinze jours de traitement), la tumeur avait diminué de moitié. L'extension de l'avant-bras avait notablement augmenté d'ampleur. Nous continuâmes l'usage de l'iodure pendant quinze autres jours, à la dose de 8 grammes par jour pour un litre de tisane. Enfin, au bout de ce temps (un mois à partir du début du traitement), le coude avait repris sa forme et sa grosseur normales; les saillies osseuses se sentaient très-distinctement, et étaient dans leur situation primitive et naturelle. Les mouvements de flexion et d'extension de cette articulation avaient repris leur souplesse et leur étendue premières. Seulement, l'atrophie et la faiblesse musculaire du membre, si longtemps privé d'exercice, étant considérables, j'ordonnai qu'on le soumît à une gymnastique journalière, consistant à faire des armes du bras gauche et à s'aider spécialement de ce membre dans la suspension, les tractions, etc. De plus, le

malade prit des bains de mer pendant une vingtaine de jours, et j'eus le plaisir de le voir au bout de ce temps retourner dans sa famille, si complétement guéri, qu'on n'aurait jamais pu deviner quel coude avait été malade. Il faut encore remarquer que les exostoses des côtes avaient aussi disparu sous l'influence de la même médication. Les douleurs ostéocopes avaient cédé dès le quatrième jour du traitement.

J'ai observé chez ce sujet, pendant le cours de son traitement, un appétit vorace, et de temps à autre un peu de rougeur des yeux, de céphalalgie, de sécheresse et d'âcreté dans la gorge, qui disparurent par l'usage de bains de pied sinapisés et de quelques boissons adoucissantes.

Depuis près de deux ans, cette guérison ne s'est nullement démentie; aucune récidive n'a eu lieu, et ce jeune homme jouit d'une santé parfaite en ce moment.

Obs. II. — *Ulcérations chroniques des amygdales; dysphagie; aphonie; sarcocèle syphilitique; emploi de l'iodure de potassium; guérison.*

Le nommé F., âgé de quarante-cinq ans, chargeur de roulage, d'une haute taille et d'une corpulence jadis considérable, mais réduit depuis un an à un grand état de maigreur, a eu autrefois des chancres et plusieurs autres affections syphilitiques, traitées presque toutes par lui ou par des pharmaciens à l'aide de simples boissons sudorifiques. Il y a un an et demi, il éprouva d'abord un enrouement assez léger, arrivé sans aucune cause appréciable, qui augmenta graduellement malgré les tisanes adoucissantes et les émollients de toute nature employés pour le combattre. A cette époque, il se manifesta en outre des ulcérations sur les amygdales, qui s'étendirent aux piliers du voile du palais et à l'isthme du gosier. Elles furent accompagnées d'une difficulté extrême dans la déglutition, de toux, et de douleurs fort vives au devant du cou. Après avoir consulté plusieurs médecins, il se décida à partir pour Rouen, afin d'y consulter un praticien distingué, le docteur Fl., qui lui fit faire un traitement complet par les frictions avec l'onguent napolitain et les pilules de sublimé. La salivation survint abondante à la suite de ce traitement, et les cheveux tombèrent si complétement que le malade dut porter perruque; mais il n'y eut aucun amendement dans son affection. Revenu au Havre, cet homme se désespérait en voyant l'inutilité des traitements employés chez lui, et les progrès de son mal qui allait en envahissant chaque jour de plus en plus. Ce fut au mois de février 1841 que cet homme se présenta chez moi dans l'état suivant : amaigrissement extrême, teint jaune paille, voix rauque, voilée et nasonée. En examinant la gorge, d'où s'exhalait une odeur fétide, je vis que les deux amygdales étaient converties, ainsi que les parties adjacentes du pharynx et du voile du palais, en autant d'ulcérations profondes, inégales, dentelées, et présentant sur un fond grisâtre une matière jaune, visqueuse et purulente très-difficile à détacher par l'expuition, et qui, en s'accumulant, tombait par flocons dans l'œsophage et nécessitait d'incessants efforts de vomissement pour s'en débarrasser.

L'action de parler ramenait aussi ces nausées. La luette, en partie détachée du voile du palais, ne lui était plus adhérente que par un mince lambeau. La coloration des parties de muqueuses qui environnaient ces ulcérations était d'un rouge brun. Il y avait impossibilité d'avaler du pain ni aucun aliment solide. Des potages légers, une bouillie fort claire, pouvaient à peine passer et soutenir l'existence de ce malade. Souvent même, quand il

avalait un peu vite, les boissons et les aliments les plus délayés étalent rejetés par la bouche et les narines à la suite d'un mouvement de régurgitation. Depuis un an, rien de plus substantiel n'avait pu être ingéré; de plus, il existait des douleurs ostéocopes dans la périphérie du crâne; enfin, le testicule droit, qui offrait alors le volume d'un œuf de poule, mais lisse et sans bosselures, était devenu d'une dureté de pierre.

Je soumis donc immédiatement ce malade à l'usage d'un gargarisme ioduré suivant la formule de Ricord (eau distillée, 250 grammes; iodure de potassium, 1 gramme; teinture d'iode, 2 grammes); puis j'administrai à l'intérieur l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour dans la tisane de saponaire pendant huit jours, et à 4 grammes pendant douze autres jours. Je faisais, en outre, frictionner matin et soir, pendant tout ce temps, le testicule avec : axonge, 30 grammes; iodure de potassium, 4 grammes; iode pur, 10 centigrammes. Au bout de vingt jours que dura ce traitement, j'annonçai au malade qu'il pouvait se considérer comme guéri; car alors la cicatrisation des ulcérations des amygdales, du voile du palais et du pharynx était complètement terminée. Les vomituritions avaient totalement cessé, de même que la dysphagie, car le malade pouvait manger sans douleur les aliments même les plus solides. Le testicule avait repris sa forme et sa consistance normale. J'ai revu cet homme récemment, et il n'est survenu aucune récidive depuis plus d'un an et demi. Sa santé est florissante et ne se ressent pas de cette secousse.

Obs. III. — *Ulcère syphilitique du coude; tumeurs gommeuses; ioduré de potassium; guérison.*

Dans le mois de juin 1841, j'eus à donner des soins au nommé F., d'Ingouville, constructeur de barques, et âgé de cinquante-cinq ans. Cet homme, d'un tempérament sec et nerveux, paraissait encore vigoureux malgré sa profession fatigante. Il avait eu autrefois des chancres, et avait employé à cette occasion plusieurs traitements anti-vénériens. On observait, lorsque je le vis, à la partie externe du bras gauche et aux environs du coude, diverses cicatrices d'un aspect scrophuleux, résultant, d'après son dire, de nodus gommeux dont divers traitements avaient amené la fonte. Ce même bras était le siége, depuis quinze ans, d'un énorme ulcère qui enveloppait circulairement le coude; il offrait huit centimètres de circonférence. La suppuration avait une teinte jaune clair parsemée de grumeaux blanchâtres. Le fond de la plaie était d'un aspect grisâtre et atonique, et les bords calleux et secs formaient un bourrelet autour d'elle. Les environs de cette plaie ulcéreuse offraient cinq à six tumeurs gommeuses de la grosseur d'une forte amande, et le malade éprouvait dans cette région des douleurs vives pendant la nuit. Du reste, les fonctions digestives et autres se faisaient bien; mais il était réduit à une inaction presque complète du bras malade. Je fis d'abord supprimer les onguents et les pommades avec lesquels il pansait chaque jour sa plaie sans en rien obtenir d'avantageux, et je les fis remplacer par des pansements renouvelés trois fois le jour avec la charpie imbibée de la solution iodurée de Ricord. Puis il prit pendant vingt jours, d'abord 4 grammes, puis 8, d'iodure de potassium par jour dans un litre de douce-amère sucrée, et, au bout de ce terme, la guérison de la plaie ainsi que la fonte des tumeurs gommeuses était complète, et cet homme put s'aider de son bras comme avant. Depuis, il a recouvré autant de force et de développement

musculaire dans ce membre que dans celui du côté sain. Quoique cet homme ait à travailler d'une manière pénible et fatigante, la cicatrice de son coude est néanmoins restée solide. La santé générale est excellente actuellement.

Obs. IV. — *Exostoses de la totalité des articulations; iodure de potassium; guérison.*

M. C., capitaine de navire, âgé de vingt-six ans, d'une constitution nerveuse et délicate, a navigué longtemps comme élève sur les bâtiments de l'État, où il a essuyé de nombreuses fatigues, et a été fréquemment soumis aux intempéries de l'air et de l'humidité. Dix mois avant que l'affection dont nous allons parler fût apparue, ce malade avait eu des chancres, qui se déclarèrent en mer et qu'il pansa avec de l'onguent mercuriel; il but aussi quelques pots de tisane de salsepareille, et arriva enfin à terre un mois après le début de ses chancres, qui se trouvaient alors être guéris. C'est un an après la disparition de ces chancres que ce malade commença à ressentir des douleurs ostéocopes et nocturnes dans toutes les jointures du corps, ainsi que du gonflement à la partie antérieure du coronal, dans les grandes articulations des membres supérieurs et inférieurs, et dans les vertèbres du cou. L'appétit diminua; l'amaigrissement survint et alla en augmentant à mesure que les insomnies devenaient plus longues et plus pénibles. La difficulté de se mouvoir devenait chaque jour plus considérable, et fut portée à un tel point, que le malade ne pouvait plus marcher qu'avec une peine extrême, quoique s'aidant d'une canne et allant fort lentement. La maigreur était si grande, et la difficulté des mouvements articulaires telle, qu'on aurait dit voir un squelette marchant tout d'une pièce. Chaque pas amenait dans toute l'économie un retentissement douloureux et prolongé.

Le voyant dans ce triste état, je ne balançai pas à lui proposer l'emploi de l'iodure de potassium, dont j'avais obtenu de si bons effets; mais je fus presque sur le point de n'en rien faire, lorsque ce malade m'eut répondu qu'il consentait à se soumettre à tous les traitements que je lui prescrirais, mais qu'il ne pourrait les exécuter qu'à bord, parce qu'il était obligé de partir sous trois jours, sous peine de perdre son commandement, qui composait tout son avenir. En vain je lui fis sentir les inconvénients de l'humidité, et combien le traitement perdrait de son efficacité étant exécuté au milieu de circonstances aussi défavorables à son action complète. Je ne pus obtenir aucune concession; et ce malade partit avec une provision d'iodure de potassium et les instructions nécessaires à son emploi. Au bout d'un mois, ce capitaine était de retour du voyage qu'il venait de faire en Angleterre, et se trouvait parfaitement guéri, sans aucune trace de claudication ni même de raideur dans aucune des articulations précédemment malades. La marche était facile et l'embonpoint tellement revenu, que la pléthore gênant le malade, je fus obligé de le saigner. Ainsi, la guérison de cette affection si grave a été obtenue à l'aide de l'iodure de potassium seul, pris à la dose de 4 grammes par jour pendant un mois, au milieu des circonstances les plus défavorables, au moins en apparence, à son action médicatrice.

Obs. V. — *Laryngite syphilitique chronique; aphonie; ulcérations des amygdales; iodure de potassium; guérison.*

M. Laf. de C., capitaine de paquebot, à la suite de chancres qu'il avait soignés par les mercuriaux et les dépuratifs, et d'accidents ultérieurs desquels il se croyait entièremont à l'abri désormais, vit apparaître chez lui, six mois après son dernier traitement anti-vénérien, un léger enrouement avec accompagnement de toux, de sécheresse à la gorge, et de douleur en avalant et en parlant. Il tint d'abord peu de compte de ces symptômes, et prit seulement quelques tisanes adoucissantes, pensant que l'humidité et les refroidissements auxquels sont exposés les marins avaient amené ce qu'il appelait un rhume de gorge. Cepeudant, après trois mois passés sans amélioration, voyant que son affection s'était plutôt aggravée qu'autrement, il consulta plusieurs des premiers praticiens de Bordeaux, qui considérèrent sa maladie eomme une augine laryngée chronique, et conseillèrent l'usage absolu des laitages pour aliment, l'abstinence de vin et d'excitants en boissons, des cataplasmes et des gargarismes émollients. Ce régime fut suivi avec régularité pendant six mois; mais, loin de procurer le moindre amendement au malade, son affectiou se compliqua d'une dysphagie opiniâtre, d'une toux fatigante, et d'uue aphonie presque totale, indépendamment des douleurs vives de la gorge, qui se reproduisaient à ehaque mouvement de déglutitiou.

Ce fut sur ces entrefaites qu'il arriva au Havre, et qu'il me fut adressé. Après qu'il m'eut fait l'historique de sa maladie, telle que je viens de la rapporter, je lui demaudai à examiner sa gorge, et j'aperçus de chaque côté des amygdales deux larges ulcérations, à fond grisâtre, et dont les bords étaient inégaux et taillés à pic. Une injection rouge brunâtre s'épanouissait sur les muqueuses pharyngiennes, sur les piliers et le voile du palais. La voix était sourde, nasonée et rauque. Il y avait aussi une grande difficulté dans l'acte de la déglutition. Le malade était obligé de se tenir à l'usage d'aliments liquides et mous. Je le soumis alors à l'emploi du gargarisme ioduré de Ricord, et lui fis prendre en outre ehaque jour 4 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur. En huit jours, tout était guéri. Le malade avait recouvré le timbre normal de sa voix, l'appétit était revenu, et il pouvait avaler les aliments les plus solides. Je lui conseillai de continuer l'iodure à la même dose pendant huit autres jours, après quoi il reprit la mer et eontinua sa navigation mensuelle de Bordeaux au Havre. Depuis un an la guérison ne s'est nullement démentie.

Obs. VI. — *Ulcères syphilitiques secondaires; iodure de potassium; guérison.*

M. D., âgé de trente-deux ans, fort, robuste, et d'une constitution pléthorique, eut des chancres il y a trois ans. Après leur guérison, il se manifesta de uombreuses syphilides sur le corps, et l'on en obtint la disparition à l'aide de frictions avec la pommade de proto-iodure de mereure. Depuis ce temps, il n'avait rien éprouvé, quand il se développa sans cause connue, il y a quatre mois, vers la partie moyenne, latérale et externe de la jambe gauche, deux petites ulcérations assez profondes et de la grandeur d'une lentille. Il en survint deux autres semblables vers la partie antérieure et moyenne de la jambe droite. Ces dernières, d'abord très-superficielles, affectèrent la forme serpigineuse. La partie supérieure et externe du pied droit

était aussi le siége d'un ulcère de même nature, mais un peu plus large que les précédents. Tous affectaient un aspect infundibuliforme, offraient un fond grisâtre et des bords tranchés à pic. Un médecin ayant été appelé quelques jours après leur apparition, pensa que ces ulcères étaient scorbutiques, malgré les détails antérieurs que lui avait donnés le malade, et dès lors il le traita par les excitants externes, la cautérisation avec le nitrate d'argent, et surtout par les applications de charpie imbibée d'une forte solution de sulfate de cuivre. Cette médication fut suivie avec exactitude pendant deux mois. Sous son influence, les ulcères s'agrandirent d'une manière considérable, en largeur et en profondeur. Les parties environnantes devinrent le siége d'une vive inflammation, accompagnée d'un eczema remontant presque jusqu'au genou. Le suintement abondant et le prurit intense que produisait celle nouvelle complication avaient mis le malade dans un agacement nerveux extrême. Le médecin qui avait prescrit ce traitement, voyant qu'au lieu de s'amender l'affection avait pris une extension considérable, craignit la gangrène, et proposa de panser les ulcères avec de la poudre de quinquina. Le malade, voyant le mauvais résultat obtenu par l'emploi des excitants, et persuadé, malgré les dénégations de son médecin, qu'il y avait quelque reste de syphilis dans son affection, me fit appeler, et voici dans quelle position je le trouvai : il existait sur la jambe gauche, aux endroits indiqués plus haut, deux larges ulcères de la grandeur d'une pièce de 30 sous, parfaitement ronds, coupés en biseau, et d'un centimètre de profondeur. Leur fond était d'une couleur gris roussâtre, ils étaient fort douloureux et très-irrités. Les parties environnantes offraient un gonflement érysipélateux d'une couleur rouge brun, parsemé de plaques violacées. Des plaques d'eczema sèches, écailleuses et fendillées, indiquaient suffisamment l'existence d'une complication dartreuse. La partie antérieure et moyenne de la jambe droite présentait un ulcère serpigineux et phagédénique de forme demi-circulaire, qui avait quatre centimètres de longueur sur trois de largeur. A côté de lui, et sur la partie latérale et externe de la même jambe, il en existait un autre moins grand, mais présentant, de même que le précédent, l'aspect de ceux qui siégeaient sur la jambe gauche. La partie externe et supérieure du pied droit offrait une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 fr., qui avait le même caractère que les dernières, et était entourée comme elles de la même auréole érysipélateuse et inflammatoire.

Je commençai à calmer l'irritation en ordonnant le repos complet pendant deux jours, des bains amilacés et des cataplasmes de fécule de pommes de terre. Puis, le troisième jour, on fit les pansements avec la solution iodurée de Ricord ; et j'ordonnai de prendre chaque jour 4 grammes d'iodure de potassium dans 1 litre de tisane de saponaire. Plus tard, pour exciter les bourgeons charnus, je touchai le fond des plaies avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode pure, ce qui réussit si bien, que la vitalité de ces bourgeons étant devenue excessive, je fus obligé, à plusieurs reprises, de les réprimer avec le nitrate d'argent. Nous continuâmes l'iodure de potassium à la dose précitée pendant un mois, ainsi que le pansement ; puis, pendant quinze jours, nous pansâmes les ulcères, qui étaient à la période de réparation, en faisant des onctions de teinture d'iode pure et en les recouvrant de charpie sèche. Tous les trois jours, le malade prenait un bain. A la fin de ce temps, il était complétement guéri, et une cicatrice solide le garantissait contre toute réouverture de ses plaies. Je lui ai fait continuer néanmoins pendant

vingt jours la tisane iodurée, à 8 grammes par jour, par précaution, et j'ai tout lieu d'espérer une guérison solide et sans rechute à l'avenir.

Si je ne craignais de m'étendre trop longuement, je pourrais joindre à ces observations deux cas de bubons transformés en ulcères phagédéniques, chroniques, etc., dont les pansements iodurés ont amené, en dix et douze jours, la cicatrisation, tentée vainement depuis quatre ou cinq mois. Mais ce serait tomber dans des redites et rappeler des faits déjà connus. Je terminerai seulement en faisant remarquer que dans tous les cas soumis à mon observation, l'iodure de potassium a agi comme un hyposthénisant très-actif, puisque les douleurs ostéocopes les plus violentes ont été calmées dès le premier ou le deuxième jour de son emploi. Il en a été de même des pansements faits avec la solution iodurée, qui, bien qu'appliquée sur des ulcères irrités en apparence, a déterminé la flétrissure de ces plaies ulcéreuses, et annihilé immédiatement l'élément inflammatoire qu'augmentaient encore les autres médications employées précédemment contre elles.

LANGEVIN, D. M.,
au Hâvre.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES CAUSTIQUES [1],

Qui a remporté le premier prix au concours du *Bulletin de Thérapeutique*,

Par M. PAYAN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

Du caustique de Vienne, ou poudre calcio-potassique.

La pierre à cautère a été dépossédée de sa prééminence par le caustique de Vienne, qui est actuellement employé ou qui devrait l'être pour

[1] Le mémoire de M. Payan est des plus importants. Il examine à fond, à l'aide des faits nombreux qu'il a recueillis et de ceux qu'il a empruntés aux auteurs, l'action des divers agents de cautérisation que fournit la matière médicale. C'est un véritable traité sur la matière, qui ferait un fort volume in-8°. Les caustiques dont il discute la valeur pratique sont : 1° le nitrate d'argent; 2° la potasse caustique et le caustique de Vienne; 3° les préparations arsenicales cautérisantes; 4° le chlorure de zinc; 5° le sulfate de cuivre; 6° la pommade ammoniacale; 7° le nitrate acide de mercure; 8° l'acide nitrique, l'acide sulfurique; le chlorure d'antimoine, l'eau régale ou chlorure d'or, la pommade ammoniacale, l'alun calciné Nous choisissons pour notre premier extrait un des cas où le caustique de Vienne peut être le plus fréquemment et le plus utilement employé. Nous donnerons peut-être d'autres extraits de cet excellent travail. (*Note du rédacteur.*)

tous les cas où celle-ci l'était auparavant. Je ne sache pas en effet une seule circonstance où il ne soit plus avantageux de donner la préférence au caustique de Vienne, et où celui-ci ne puisse remplacer la pierre à cautère. La potasse caustique est très-déliquescente; par suite de cette déliquescence, on ne peut guère contenir son action dans des limites précises, ce qui est cause que les escharres sont fréquemment irrégulières et plus étendues que l'on ne voudrait; la lenteur de la cautérisation par la pierre à cautère laisse les malades en proie à des souffrances dont la durée leur paraît fort longue, surtout si l'on veut pratiquer de la sorte des escharres larges et profondes. Au contraire, la forme de pâte que l'on donne au caustique de Vienne permet de l'appliquer avec la plus grande facilité sur quelque partie du corps que ce soit; l'escharre a toujours la forme et l'étendue que l'on donne à ce caustique; cinq, dix, quinze minutes suffisent pour produire une cautérisation que l'on obtient à peine par une demi-journée d'application de la pierre à cautère, et cependant la douleur qui en résulte est toujours fort modérée, moins intense que celle de ce dernier caustique. Il y a plus, la pâte de Vienne, qu'on peut appeler aussi *poudre calcio-potassique*, à cause de sa composition, est appelée à remplir des indications pour lesquelles la pierre à cautère est évidemment impropre.

La véritable composition du caustique de Vienne est la suivante :

Chaux vive. . . . . . 6 parties.
Potasse pure . . . . . 5 parties.

La potasse est pulvérisée dans un mortier de fer en y ajoutant peu à peu la poudre de chaux. Cette opération doit être faite rapidement. Cette poudre présente l'aspect d'une farine blanche, que l'on tient dans un bocal à large ouverture, bouché à l'éméri pour qu'elle n'attire par l'humidité de l'air, qui lui ferait perdre ses propriétés cautérisantes. Pour l'action, il vaut mieux qu'elle soit récemment préparée.

Pour s'en servir, on en verse une quantité suffisante dans une soucoupe; on l'humecte avec de l'esprit-de-vin ou de l'eau de Cologne, de manière à former un mortier assez épais, en l'agitant avec une spatule ou le manche d'une cuiller.

Veut-on faire emploi de ce caustique, on applique un petit tas de cette pâte sur le point où l'on veut agir, et on l'y laisse quelque temps. Si la partie est trop déclive, ou si, par sa position, on peut craindre que la pâte ne reste pas exactement appliquée, on cerne alors le caustique au moyen du diachylum ou d'une lame de plomb, et on le maintient en place par un bandage contentif.

Peu après l'application de la pâte calcio-potassique, la peau brunit un

peu; elle prend ensuite une couleur un peu plus foncée à mesure que la désorganisation qu'elle produit s'étend davantage. On reconnaît enfin que l'action du caustique s'est étendue jusqu'au tissu cellulaire à l'apparition d'une petite ligne grise sur ses bords. Quelques minutes suffisent pour ce résultat, et cependant, comme nous l'avons dit, les douleurs sont extrêmement modérées. Ajoutons qu'il n'est aucunement nécessaire que la peau soit dénudée, comme pour d'autres caustiques, et qu'elle agit d'autant mieux au contraire qu'il n'y a pas déjà plaie ou solution de continuité à la partie sur laquelle on l'applique.

L'escharre qui en résulte se détache quelquefois vers le cinquième ou sixième jour si l'inflammation éliminatoire est active; si elle ne l'est pas, elle ne tombe qu'au vingtième ou même au vingt-cinquième jour quelquefois. Dans tous les cas, elle se détache sans douleur et laisse après elle une solution de continuité régulière ayant la forme qu'on avait eu l'intention de lui donner.

Les applications pratiques que l'on peut faire avec avantage de la pâte de Vienne ou calcio-potassique sont relatives aux cas suivants : 1° pour l'établissement des exutoires ou cautères; 2° pour ouvrir les abcès froids, indolents, par congestion; 3° pour le traitement des bubons suppurés; 4° pour celui des kystes et tumeurs kysteuses; 5° de la grenouillette; 6° pour détruire les cicatrices vicieuses; 7° pour la guérison des varices; 8° pour la désorganisation de l'esthiomène; 9° du cancer: 10° des nævi materni; 11° pour le traitement de l'ongle incarné.

Du caustique de Vienne appliqué au traitement de l'ongle incarné.

De tous les traitements préconisés contre l'ongle incarné, celui que je préfère et que j'ai cherché à répandre dans le public, c'est le traitement par le caustique de Vienne : il est si simple, si facile et si sûr, que nous pensons qu'il ne saurait manquer d'être universellement adopté dans peu d'années. Là, en effet, rien d'effrayant, point de ces moments de souffrances cruelles que les divers procédés d'arrachement occasionnent.

J'avais remarqué, il y a quelques années, que quelquefois, quand on voulait appliquer la potasse caustique sur la portion charnue soulevée par l'ongle rentrant dans les chairs, d'après le procédé de Levrat-Perroton, ce caustique, par sa déliquescence, se répandant sur la rainure de la racine de l'ongle, détruisait partiellement la matrice et guérissait parfois le mal par un mécanisme différent de celui qu'on avait en vue; je m'étais demandé pourquoi on n'utilisait pas davantage les escharotiques au lieu de recourir au feu ou à l'instrument tranchant. Aussi, dès qu'il m'a été donné de pouvoir traiter cette maladie moi-même. les caustiques

escharotiques ont-ils été les moyens que j'ai préférés; et déjà deux fois l'ongle incarné avait été traité par moi avec succès à l'Hôtel-Dieu par la destruction de la matrice unguéale avec la potasse caustique, lorsque les journaux de médecine nous ont fait connaître l'observation que M. le docteur Barbette, de Niort, a publiée en octobre 1839, d'un cas de guérison obtenue par ce moyen. Seulement, au lieu de songer, comme ce médecin, à détruire, à mortifier toute la matrice de l'ongle, je ne cherchais à détruire que la partie qui correspondait au bord rentrant et lui donnait naissance. Le principal inconvénient que je trouvais seulement à cette manière de faire consistait dans la difficulté de limiter l'action de la potasse, qui s'étendait trop ou trop peu, dépassait ou n'atteignait point le but que je me proposais.

Je pensai, dès cette époque, avoir trouvé le moyen d'éviter ces inconvénients réels en m'adressant au caustique de Vienne, qui a une action vive, prompte et circonscrite, avec laquelle on obtient une escharre d'une étendue et d'une épaisseur qui peuvent être précisées à l'avance. Or, les essais que j'ai faits depuis n'ont fait que confirmer mes prévisions en faveur de ce caustique. Voici du reste le procédé que nous suivons : nous plaçons les emplâtres agglutinatifs de manière qu'à leur centre ils offrent une ouverture ovalaire qui corresponde au côté externe de la matrice unguéale, duquel naît le bord vicieusement dirigé dans les chairs. Nous plaçons ensuite sur cette ouverture la pâte caustique pour l'y laisser le temps suffisant. Afin de mieux préciser les précautions à prendre, choisissons un exemple : soit le bord externe du gros orteil, lequel s'incarne, selon l'expression reçue, le plus fréquemment. Nous taillons avec les ciseaux un morceau de diachylum bien agglutinatif, de manière qu'il ait la forme de l'ongle, et qu'appliqué dessus il puisse le recouvrir et remplir exactement la rainure que celui-ci forme avec la peau de l'orteil, tant vers sa base que vers ses bords latéraux. Ces dimensions étant prises, nous ménageons avec les ciseaux une échancrure étroite, semi-lunaire, correspondant à la partie de la matrice de l'ongle qui nourrit le bord incarné, et dont nous voulons produire la mortification. Par-dessus est placé un second morceau de diachylum plus étendu, qui recouvre la peau de la région dorsale de la seconde phalange; celui-ci présente aussi une échancrure correspondant avec la précédente. Tandis que le premier emplâtre protége l'ongle et sa racine, excepté au point de l'échancrure, le second, tout en concourant au même but, protége encore la peau voisine de la région dorsale de l'orteil. Enfin une bandelette emplastique, obliquement dirigée en dedans, est placée sur le côté externe de la face supérieure de la dernière phalange, et finit par établir un espace allongé, triangulaire, dans lequel on aper-

çoit l'extrémité externe de la rainure unguéale postérieure, un peu de la rainure externe et des téguments voisins. C'est dans cet espace, dont la base correspond par conséquent à la partie de la matrice unguéale qui est à détruire, que doit être placée la poudre calcio-potassique préalablement réduite en une pâte assez consistante par l'alcool. Recommandation est faite au malade de tenir le pied penché en dehors, afin que la partie du caustique qui pourrait se liquéfier n'agisse que sur les chairs soulevées par l'ongle rentrant, ce qui a d'ailleurs peu d'inconvénient. L'appareil est ainsi laissé en place pendant quinze ou vingt minutes. Il se passe alors le phénomène suivant : le caustique, par sa propriété corrosive, détruit la peau avec laquelle il était en contact et la partie correspondante de la matrice de l'ongle, celle-là même de laquelle naît et à laquelle correspond le bord vicieusement dirigé. C'est ce dont on peut se convaincre dans quelques jours, lorsque l'escharre se détache. Il y a aussi destruction d'une partie des chairs soulevées et irritées par l'ongle. La cicatrisation de la plaie qui succède à l'escharre s'obtient assez souvent du quinzième au vint-cinquième jour. Il convient, pour hâter la guérison, d'exciser de bonne heure, avec des ciseaux à lame étroite, la partie de l'ongle qui s'incarne. C'est une cause d'irritation qu'on peut enlever sans aucune douleur. Ce bord de l'ongle, cause de tout le mal, ne pouvant plus se reproduire, la guérison est assurée.

Sans vouloir citer ici tous les faits de guérison d'ongle incarné que nous possédons par cette méthode, nous mentionnerons pourtant les deux derniers que nous avons obtenus à l'Hôtel-Dieu de cette ville ; ils serviront de complément à la description du traitement opératoire ou curatif que nous venons de faire.

Obs. I. — Gérard, fusilier, était depuis un mois dans les salles de l'Hôtel-Dieu pour une maladie vénérienne, lorsqu'il nous fit voir le gros orteil du pied droit, dont l'ongle était incarné par son bord externe et blessait douloureusement les chairs voisines par sa direction vicieuse. Il nous déclare qu'il souffre de cette maladie depuis plusieurs années; que son frère et sa mère en sont également atteints, et il nous rappelle en même temps, en nous faisant voir le gros orteil de l'autre pied, auquel il manque le tiers externe de l'ongle, que nous l'avons guéri nous-même, l'an dernier, par le même procédé que celui que nous allons employer.

Fort de nos expériences passées en faveur du traitement que nous avons décrit plus haut, nous songeâmes, sans autre examen, à appliquer la pâte calcio-potassique, après avoir au préalable pris les précautions déjà indiquées pour que son action fût limitée. En conséquence les pièces de diachylum ayant été disposées comme il a été dit, nous plaçâmes, dans le petit espace triangulaire correspondant à la portion de matrice unguéale qui devait être mortifiée, la pâte caustique, et après avoir recouvert le tout d'une bandelette, nous fîmes tenir le pied penché en dehors. C'était le 26 août que nous commençâmes ce traitement. Vingt minutes environ après cette application,

nous retournons près du malade, qui nous déclare n'avoir souffert que très-modérément, et, l'appareil enlevé, nous pûmes reconnaître que notre but serait atteint, car le caustique n'avait porté que sur les parties sur lesquelles nous désirions qu'il agît, savoir : sur le tiers extrême de la rainure unguéale et sur la peau qui recouvre immédiatement de ce côté la matrice de l'ongle, ainsi que sur une partie des chairs situées en dehors et tuméfiées par l'irritation qu'occasionnait le bord unguéal.

Nous fîmes panser, le premier jour, avec un cataplasme émollient; les jours suivants, un simple plumasseau de charpie enduit de cérat était placé dessus jusqu'à la fin.

Au dixième jour, l'escharre était détachée totalement. On apercevait alors à découvert le tiers externe du bord postérieur de l'ongle dénudé de son organe sécréteur. N'en recevant plus la vie et l'alimentation, il était porté un peu en avant par l'accroissement du restant de l'ongle. Ayant excisé alors, sans douleur, avec des ciseaux à lames étroites, la partie antérieure de ce bord qui s'engageait dans les chairs, pour hâter la cicatrisation, le malade put dès lors se chausser. Toutefois il ne lui fut pas permis de sortir ni de faire beaucoup d'exercice.

13 septembre. La cicatrisation est complète et la guérison assurée à cet orteil comme elle l'avait été à l'autre une année auparavant par le même procédé, et cela par la destruction irremédiable de la partie de l'ongle dont la mauvaise direction produisait l'onyxis.

Ainsi en dix-huit jours nous avons guéri cet ongle incarné d'une manière radicale en conservant les deux tiers de l'ongle, sans extirpation, sans instrument tranchant et avec très-peu de douleur. Y a-t-il actuellement un seul des procédés chirurgicaux dirigés contre cette maladie qui eût pu nous donner un résultat aussi favorable? Nous ne le pensons pas. Il nous semble au contraire que l'application du caustique de Vienne au traitement de l'onyxis latéral le simplifie et le régularise autant qu'on peut l'attendre de l'art.

Obs. II. — Le 18 mars de cette année 1841, un militaire se trouvant dans les salles de l'Hôtel-Dieu, atteint encore d'un ongle incarné, nous y appliquâmes, comme ci-dessus, la cautérisation par le caustique de Vienne. Comme l'onyxis n'existait que d'un côté, ce ne fut que de ce côté que la pâte caustique fut placée. L'escharre fut encore fort bien limitée; mais soit que le caustique n'eût pas été laissé assez de temps (douze minutes), soit que la poudre eût été un peu faible d'action, il nous parut cette fois, lorsque l'escharre se détacha au dixième jour, que l'action du caustique n'avait pas porté assez profondément, ce qui nous détermina à toucher la partie avivée par la chute de l'escharre avec le nitrate d'argent; plumasseau de cérat par-dessus.

Le 20 du mois suivant, ce militaire sortit guéri de l'hôpital. Depuis quelques jours déjà l'orteil était cicatrisé. Dans ce cas encore, un tiers de la matrice de l'ongle fut détruit, et les trois quarts de l'ongle furent encore conservés.

Si maintenant nous avions à traiter un onyxis bi-latéral ou double, nous

ne chercherions pas à provoquer, à l'aide de la potasse caustique, la destruction de toute la matrice de l'ongle, comme on nous l'a vu faire, il y a deux ans et demi, à l'Hôtel-Dieu, et comme l'a indiqué, il y a près de deux ans, M. Borbettc, de Niort, parce que nous craindrions la reproduction d'un inconvénient qui nous advint alors et qui pourrait fort bien se renouveler, c'est-à-dire que nous obtînmes de la sorte la destruction de la matrice de l'ongle dans les points où elle n'était pas nécessaire, tandis que, sur les côtés plus protégés par les parties molles, l'action du caustique fut insuffisante, de telle façon que les bords incarnés continuant à l'être, nous nous vîmes forcés de revenir à une seconde application de la potasse. Nous préférerions donc faire deux applications isolées de la pâte caustique sur les deux extrémités de la rainure postérieure de l'ongle et de sa matrice, après avoir pris nos précautions pour en protéger le restant : notre but serait mieux rempli, la guérison plus assurée et le résultat plus satisfaisant; nous pourrions conserver encore ainsi les deux tiers moyens de l'ongle. — Les ongles servant à protéger les orteils et à affermir les pieds, il n'est pas indifférent d'en conserver le plus possible, comme cela devient pratiquable par le procédé que j'ai adopté, que je crois avoir préconisé le premier, et qui, peu douloureux, d'une action certaine, convenable à tous les cas peut-être, nous paraît digne de devenir la méthode générale du traitement de l'ongle incarné.

Il est encore quelques autres applications de la pâte caustique de Vienne. M. Ricord, un des chirurgiens qui ont le plus préconisé, en ces derniers temps, la cautérisation à l'époque du début du chancre, préfère aux autres caustiques, même au nitrate d'argent, la pâte de Vienne, dont il fait placer une petite quantité sur le mal naissant, qu'il y ait pustule ou non.

M. Trousseau, d'autre part, dit avoir employé plusieurs fois le même caustique pour cautériser le col de l'utérus : il se sert, dans ce but, de petits godets de grandeur variable, semblables pour la forme à la cupule d'un gland de chêne. Ces petits godets se vissent tous, dit-il, sur une tige commune, longue d'un pied environ, qui sert à les porter, dans l'intérieur du spéculum, jusqu'au col utérin. En remplissant le godet de poudre caustique à peine humectée d'alcool, on peut, dans l'espace de dix minutes, escharrifier le col de l'utérus dans l'épaisseur de deux lignes. Il faut avoir soin de faire suivre immédiatement cette opération d'injection d'eau acidulée, afin de saturer l'alcali et de l'empêcher d'agir sur le vagin quand on aurait retiré le spéculum.

On le comprendra, d'après la revue que nous venons de faire des applications de la poudre dite *de Vienne*, c'est un des meilleurs escharotiques que possède la matière médicale. PAYAN.

NOUVEL APPAREIL POUR LA FRACTURE DE LA CLAVICULE ;

Par le docteur Edmond SIMONIN, chirurgien en chef des hôpitaux civils de Nancy, etc.

Tous les chirurgiens se plaignent de la difficulté d'application du bandage de Desault pour la fracture de la clavicule, de la nécessité de recourir à des ouvriers pour la confection des appareils de Boyer et de Bœttcher, et des inconvénients attachés à l'emploi de ces divers moyens contentifs.

Depuis quelques années on a tenté de simplifier le traitement de la fracture en question, tout en remplissant les deux indications principales :

1° Tirer en dehors le fragment externe ; 2° pousser en haut ce même fragment pour le ramener au niveau du fragment sternal.

En 1832, un bandage proposé par M. Mayor de Lausanne fut accueilli avec faveur en raison de sa simplicité; mais cette simplicité n'est qu'apparente. En effet, cet appareil, tel qu'il est décrit dans le *Nouveau Traité de déligation chirurgicale*, est compliqué et se dérange très-facilement, comme j'ai pu m'en convaincre, ayant traité six fois par ce moyen la fracture de la clavicule.

Une simple écharpe et un bandage de corps composent aussi un appareil employé par tous les praticiens, et que fréquemment aussi j'ai mis en usage; mais par ce dernier moyen le coude, n'étant point solidement maintenu, se porte toujours en arrière.

Quant aux bandages nouvellement imaginés par MM. Velpeau et Récamier, on leur fait les reproches suivants : à celui de M. le professeur Velpeau, de n'être pas très-bien supporté par les femmes, celles surtout qui ont les mamelles très-développées, et de gêner les mouvements d'expansion pulmonaire; à celui de M. Récamier, d'empêcher le blessé de s'habiller, de se coucher sur le dos, de comprimer les aisselles et de se relâcher très-facilement.

Je n'ai pas encore, au reste, fait l'essai de ces deux derniers bandages, qui m'étaient inconnus lorsqu'en présence des imperfections de ceux déjà décrits, l'idée me vint d'agir uniquement sur le coude, en le plaçant dans un cône de toile suspendu au cou du blessé; et simplifiant de plus en plus, j'adoptai pour cône un bonnet en coton.

Description de l'appareil. — Mode d'application.

1° On prend un bonnet en coton; on fait rentrer une des moitiés dans l'autre, comme pour l'usage journalier; la profondeur du cône doit être calculée de manière qu'il puisse contenir le coude, le bras jusqu'à

l'aisselle, et l'avant-bras jusqu'au poignet. Il est bien entendu que l'avant-bras est préalablement fléchi sur le bras, et que la main se trouve hors du sac lorsque ce dernier est appliqué.

2° Deux larges rubans ou deux bouts de bande, chacun de 65 centimètres de longueur, sont cousus de la manière suivante à l'ouverture du cône :

L'un est placé à la partie postérieure de l'ouverture du sac qui doit correspondre à la partie postérieure de l'aisselle.

L'autre est attaché à la partie antérieure de l'ouverture, de telle sorte que, le bonnet appliqué, ce cordon se trouve placé derrière la main.

Ces deux rubans sont donc cousus de manière à ce que, le sac étant vide, affaissé sur lui-même et aplati, ils se trouvent tous deux sur le même côté, et presqu'aux extrémités de ce côté que j'appellerai interne, parce que c'est celui qui doit toucher la poitrine.

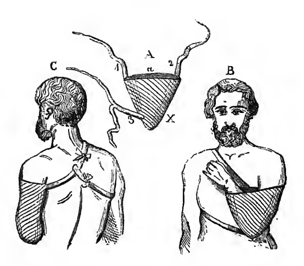
Ces deux cordons sont destinés à soutenir le poids du membre thoracique du côté blessé, en formant par leur réunion un baudrier qui passe sur l'épaule saine. Le premier cordon passe derrière le dos, le second au-devant de la poitrine. La réunion de ces liens a lieu entre les deux omoplates, et de larges compresses sont placées sur l'épaule et au-dessous du nœud pour diminuer la compression de la peau. Au moyen de ces deux cordons, la seconde indication que j'ai signalée est remplie (exhaussement du fragment externe), puisque par eux le sac contenant le coude est élevé et maintenu à la hauteur convenable.

3° Pour remplir la première indication (traction du fragment externe en dehors), il faut porter le coude légèrement de dehors en dedans, au-devant de la poitrine du blessé. C'est au moyen d'un troisième lien que le coude est maintenu dans cette position.

Ce troisième cordon, attaché solidement à trois travers de doigt du sommet du bonnet, et à son bord le plus interne, passe au-devant de la poitrine, sous l'aisselle du côté sain, et se fixe derrière le dos, entre les omoplates, au baudrier formé par les deux premiers liens.

Pour plus de facilité d'application, ce troisième ruban doit être double, c'est-à-dire qu'après avoir pris un ruban d'un mètre 70 centimètres de longueur, on le plie dans son milieu, et ce pli est cousu au bonnet. Les parties de ce double lien peuvent être réunies aussi par quelques points de suture dans le tiers de son étendue qui correspond au bonnet, et les deux chefs laissés libres forment une anse en se réunissant au baudrier.

Ce troisième lien consolide l'appareil, tout en remplissant l'indication que j'ai mentionnée. (Voyez la planche suivante.)



De ce qui précède on a dû comprendre qu'il est nécessaire de confectionner un bandage pour chacune des clavicules. On pourrait, il est vrai, en construire un propre à la fois à l'un et à l'autre côté, en plaçant les liens 1 et 2, indiqués sur la planche A, aux extrémités du sac, au lieu de les placer du même côté, mais ces liens s'appliqueraient moins bien.

L'appareil, comme on le voit dans le dessin, laisse à découvert la clavicule fracturée; il permet de s'assurer sans dérangement de la position des fragments; sans qu'on touche à l'appareil, des topiques peuvent être appliqués et renouvelés. Les topiques peuvent être maintenus soit par de larges compresses, soit par un mouchoir plié en cravate ou en triangle, et ayant ses extrémités arrêtées sur les liens qui forment le baudrier. Cet appareil peut être confectionné partout, sur-le-champ, et au besoin par le chirurgien lui-même. D'une application facile, il se maintient si parfaitement en place, que, dans un cas, j'ai été dix-huit jours sans y toucher, et ne l'ai enlevé momentanément qu'afin de permettre le changement de linge, car il a l'avantage de ne pas forcer à ôter au blessé sa chemise.

En résumé, cet appareil, le plus simple de ceux imaginés jusqu'à ce jour, remplit parfaitement les indications, et peut, je l'espère du moins, rendre de grands services dans la médecine des campagnes, aux armées, dans les hôpitaux, et même, en dépit de sa simplicité, dans la pratique civile.

Je ferai observer aux praticiens que la grande simplicité choque; qu'il

est possible de remplacer le bonnet en coton par un cône en toile, comme je l'avais primitivement imaginé, ou bien en drap, en flanelle, etc.; que les bandes peuvent être converties en bretelles rembourrées, et les compresses destinées à diminuer la pression des nœuds, en petits matelas ouatés, glissant sous les bretelles auxquelles ils seraient retenus par un anneau en cuir. En un mot, sans nuire à l'effet curatif du bandage, il est facile de le dépouiller de la simplicité qui, à mes yeux, en est le mérite principal.

Une objection que j'ai prévue est celle-ci : le bonnet en coton doit s'étendre et céder?

Or, j'ai observé que l'avant-bras ayant une tendance à éviter une forte flexion sur le bras, ce mouvement ne pouvait s'opérer qu'en élargissant le bonnet dans sa largeur, et que par conséquent l'élongation en hauteur devenait presque impossible. Il convient de choisir de préférence un bonnet de tissu assez fin, et par conséquent moins extensible. Il est bon aussi d'ajouter que les personnes les plus étrangères à l'art médical peuvent avec facilité remédier ici aux légers inconvénients inséparables de toute application d'appareil.

Une remarque pratique est que l'immobilité de l'articulation du coude n'est pas accompagnée de plus de douleur avec ce bandage qu'avec tous les autres moyens contentifs, et que la main laissée complétement libre rend au blessé quelques services.

Au moyen de ce bandage, j'ai déjà traité trois fois la fracture de la clavicule :

1° A l'hôpital Saint-Julien, sur une femme âgée de soixante-dix-neuf ans, asthmatique, ayant une déviation considérable de la colonne vertébrale, et par suite une saillie prononcée de l'épaule droite, côté de la fracture; malgré ces infirmités, l'appareil est resté en place quarante et un jours;

2° A la clinique de l'hôpital Saint-Charles, sur un homme âgé de cinquante-cinq ans; la fracture se trouvait à gauche; le bandage fut appliqué trente-neuf jours;

3° A l'hôpital Saint-Charles, sur un sujet de trente-cinq ans, atteint d'une fracture siégeant au côté droit. Par suite de la sortie du blessé de la clinique, le bandage ne resta cette fois en place que vingt jours.

— Si du bandage destiné au côté droit et figuré en A, on voulait faire un appareil pour le côté gauche, on laisserait en place les liens 1 et 2 sur le côté *a*, qui devrait être appliqué à la poitrine, et l'on n'aurait qu'à transporter le lien 3 en X.

SIMONIN.

REMARQUES PRATIQUES SUR L'EMPLOI DE LA POMMADE AU PRÉCIPITÉ BLANC DANS QUELQUES PLAIES ET CERTAINES AFFECTIONS DE LA PEAU.

Autrefois, et il y a moins d'un demi-siècle encore, les praticiens usaient d'une infinité d'emplâtres, d'onguents, de pommades dans le traitement des plaies, des blessures, des inflammations. Ils attribuaient à ces topiques des vertus multipliées et une efficacité qu'il s'agissait toujours de mettre en rapport avec la nature du mal à traiter. Notre siècle a profondément modifié la pratique sous ce point de vue, et depuis l'école de Desault et de Boyer, les topiques en chirurgie se réduisent, pour ainsi dire, au cérat et aux cataplasmes. Les nouvelles recherches auxquelles se sont livrés les médecins sur les maladies de la peau, ont fait également rejeter la presque totalité des pommades employées jadis contre les affections cutanées. Sans prétendre que cette réforme radicale dans la manière de traiter les maladies externes soit absolument mauvaise, M. Velpeau rappelle souvent, à la Charité, qu'on est tombé dans un extrême qui a bien aussi ses inconvénients; aussi ce chirurgien soutient-il que les emplâtres et les pommades, par exemple, ne sont pas, comme on le croit ou comme on le professe généralement aujourd'hui, de simples moyens d'empêcher les linges d'adhérer à la peau ou de réunir les lèvres d'une plaie; qu'outre ces qualités, ils ont encore des propriétés médicamenteuses spéciales qu'on a tort de dédaigner. A l'appui de ces remarques, nous allons exposer les résultats de la pratique de M. Velpeau, relativement à l'emploi de la pommade au précipité blanc. Cette pommade, que ce professeur prescrit journellement, est ainsi formulée :

Axonge pure. . . . . 30 grammes.
Précipité blanc. . . . . 2 ou 4 grammes.

Avant de détailler les usages de cette préparation, faisons observer que le précipité blanc, qui est en réalité un proto-chlorure de mercure, contient cependant assez de matériaux hétérogènes pour différer notablement du calomel, qui est, lui, le proto-chlorure proprement dit; d'où il suit que la pommade au précipité blanc n'est pas absolument la même que la pommade au calomel, qui jouit néanmoins *presque* des mêmes propriétés.

Ces deux pommades, et plus particulièrement celle au précipité blanc, jouissent de propriétés siccatives et de cicatrisation tout à fait remarquables. M. Velpeau s'en sert dans trois grandes catégories de cas.

Dans presque toutes les variétés d'affections *eczémateuses*, elle lui est d'un grand secours; par exemple, chez les personnes qui offrent au-

tour des oreilles ces exsudations croûteuses à fond rougeâtre ou jaunâtre qu'on observe si souvent chez les adultes de constitution lymphatique, et aussi chez les jeunes enfants. Il ne se passe pas de semaine qu'on ne voie, soit à la consultation publique de la Charité, soit dans les salles de l'hôpital, plusieurs sujets tourmentés de cette maladie, et qui en guérissent très-promptement au moyen de la pommade en question. Dans l'âge adulte, ce genre d'eczéma offre souvent une teinte plus ou moins cuivrée qui tient, dans une foule de cas, à une affection syphilitique antérieure; mais qu'il y ait eu syphilis ou non, la pommade au précipité blanc n'en est pas moins prescrite, et cela avec des avantages véritablement incontestables. Le chirurgien prescrit au malade de ramollir préalablement avec du beurre frais les croûtes ou les écailles qui couvrent la peau altérée, puis d'essayer d'enlever ces croûtes, et d'absterger avec un linge propre toutes les surfaces malades. C'est alors qu'une couche de la pommade est appliquée matin et soir sur les téguments ainsi préparés. En général, en agissant ainsi, il suffit de huit à dix jours pour éteindre complétement l'eczéma.

Ce que nous venons de dire de l'eczéma de l'oreille s'applique de tout point à celui de la lèvre supérieure et des ouvertures antérieures du nez. Ici, la barbe, chez les hommes, exige quelques précautions de plus pour nettoyer les surfaces affectées. Dans le nez, il est plus difficile aussi de porter la pommade exactement sur les points altérés; mais les difficultés qui se présentent seront facilement surmontées si l'on réfléchit qu'il s'agit tout simplement de porter la pommade à nu sur les surfaces excoriées, puisque le tout se borne à les débarrasser préalablement de toutes les croûtes capables de la masquer. C'est avec le doigt plutôt qu'avec un pinceau qu'il convient de porter cette pommade dans l'intérieur du nez, en n'oubliant pas que c'est fréquemment dans le cul-de-sac qui se prolonge vers le lobule de cet organe, ou à une certaine profondeur sur le fond interne des ailes ou de la cloison, qu'existe l'état croûteux dont nous parlons.

Les enfants, si sujets au *porrigo*, sur le front, aux joues, sur les différents points de la figure et même du cuir chevelu, trouvent également dans la pommade au précipité blanc un topique que M. Velpeau ordonne fréquemment. Il conseille là les mêmes précautions, c'est-à-dire de nettoyer toutes les surfaces avec du beurre frais, afin de mettre en usage le topique au précipité blanc. Ce n'est pas seulement à la figure, à la tête, que les eczémas humides cèdent à l'usage de ce topique; à la marge de l'anus, dans le pli des cuisses, au jarret, à l'aisselle, au pli du bras, autour des bourses, et partout où le contact de la peau peut les faire naître, ils disparaissent avec promptitude sous l'influence de cette pom-

made. A la vulve, elle n'est pas d'un moindre secours; il en est de même entre les orteils et entre les doigts, lorsque ces parties deviennent le siége d'excoriations sanieuses, de rhagades.

La pommade au précipité blanc guérit également certaines variétés d'eczémas chroniques qui se développent si fréquemment aux mains, aux avant-bras et sur d'autres régions du corps; comme il n'y a que des écailles, et non plus des croûtes épaisses, sur la peau ainsi altérée, la pommade est appliquée d'emblée; il faut seulement avoir la précaution d'en frictionner un peu les parties, et non pas se borner à les en enduire.

Les individus affectés depuis longtemps de varices présentent souvent des plaques d'un rouge grisâtre, ou quelquefois violacées, livides, desquelles il suinte des liquides roussâtres, et qui sont le siége de douleurs cuisantes ou d'une démangeaison difficile à maîtriser : cette variété de l'eczéma, qui se couvre parfois d'écailles assez larges, se trouve également très-bien de l'emploi de la pommade au précipité blanc.

Les rhagades qui s'établissent entre les orteils, et qui offrent un aspect si repoussant chez les individus qui ont été infectés de syphilis, disparaissent dans l'espace d'une douzaine de jours au plus quand on les tient enduites de pommade au précipité blanc.

Les pustules muqueuses de la marge de l'anus, soit chez les enfants, soit chez les adultes, ne résistent pas davantage à ce même topique, et il est rare, quand les malades qui en sont affectés se présentent à la Charité, de les y voir plus de quatre ou cinq jours dans le service de M. Velpeau. Les ulcérations ou les excoriations de la verge et du prépuce sont dans le même cas. Les excoriations de la couronne du gland, par exemple, après avoir été lavées, lotionnées, sont enduites de cette pommade, puis couvertes d'un anneau de charpie matin et soir, et ne durent, ainsi traitées, que très-peu de jours.

Comme traitement topique, c'est aussi la pommade au précipité blanc que M. Velpeau fait appliquer sur les véritables chancres. Les excoriations et les chancres de la vulve doivent être traités de la même façon; il n'est pas jusqu'à certaines nuances de blépharites qui ne se trouvent bien de l'emploi de cette méthode.

Jusqu'ici nous n'avons parlé de la pommade au précipité blanc que pour les maladies de la surface libre de la peau et non compliquées d'ulcérations, maladies dans le traitement desquelles les topiques médicamenteux sont encore généralement admis comme utiles par la plupart des praticiens; il nous reste à en montrer les avantages maintenant dans les cas de plaies ou d'ulcères.

Le cérat, à peu près la seule pommade qu'on emploie dans les hôpitaux de nos jours, a pour but, étant appliqué sur les linges troués, sur

les gâteaux de charpie, d'empêcher ces différents objets de pansement d'adhérer aux surfaces malades et de laisser à la nature le soin de la cicatrisation. Or, la pommade au précipité blanc, tout en remplissant les mêmes indications, ayant l'avantage réel de hâter, de favoriser d'une manière évidente la cicatrisation elle-même dans une foule de cas, par exemple quand la plaie d'une brûlure traîne, reste grise, sanieuse, s'entoure d'un pourtour excorié inégal, la pommade au précipité blanc est substituée avec fruit au cérat et aux autres topiques, sur le linge troué ou sur la charpie. La plupart des plaies qui revêtent le même caractère sont dans le même cas.

Une variété de ces plaies a surtout attiré l'attention de M. Velpeau, ce sont celles qui résultent de l'ablation des tumeurs cancéreuses. L'enlèvement des tumeurs du sein offre souvent cette particularité quand il n'a pas été possible d'en obtenir la réunion immédiate ; après avoir marché régulièrement pendant huit, quinze, vingt jours, la plaie semble s'arrêter, ne se cicatrise plus, reste sanieuse ou se couvre de végétations grisâtres. Alors la pommade au précipité blanc mise à la place du cérat, soit en onctions simples au pourtour de la plaie, soit en applications sur les linges troués, ce qui est mieux, soit enfin, si l'on veut agir plus vivement, en couches sur un plumasseau de charpie, modifie promptement cet état, et ne tarde pas à compléter la cicatrisation.

Il y a mieux, et là-dessus M. Velpeau s'est expliqué d'ailleurs avec une extrême réserve, c'est que des ulcérations qu'on aurait volontiers prises pour des ulcères cancéreux appartenant à la variété du *noli me tangere*, pansées avec cette pommade, ont plus d'une fois rétrogradé au point de se cicatriser et de guérir sans opération ; dans ces cas, le chirurgien de la Charité joint souvent, à l'emploi de la pommade en question, quelques attouchements avec le nitrate acide de mercure pour modifier profondément les surfaces. A l'appui de ce que nous venons de dire, il convient de citer une observation qui nous a paru curieuse.

Un vieillard se présente à la Charité pour y être opéré d'un phymosis congénital. Comme il existait sous la fosse naviculaire une masse dure bosselée sensible, indiquant une induration considérable du prépuce dans sa moitié inférieure, M. Velpeau crut qu'il y avait au moins une dégénérescence lardacée ; il s'aperçut qu'il existait aussi des adhérences avec le gland ; mais comme la peau était restée mobile et souple, et qu'il n'y avait pas d'ulcérations appréciables, il n'en prit pas moins le parti de fendre le prépuce sur l'un de ses côtés. C'est alors qu'on reconnut, au lieu d'un prépuce simplement hypertrophié, un énorme champignon faisant partie du gland, ayant perforé l'urètre et offrant tous les caractères d'un champignon encéphaloïde, si bien que l'idée de passer immé-

diatement à l'amputation de la verge fut émise par plusieurs praticiens qui entouraient le chirurgien au moment de cette découverte. Comme cette partie n'avait jamais été mise à nu, et que d'ailleurs il n'y avait pas urgence, M. Velpeau dit qu'il attendrait avant de prendre un parti; qu'on allait nettoyer tous ces tissus, qui seraient pansés pendant quelques jours à l'aide de topiques émollients, et puis qu'on essayerait, avant d'en venir à l'amputation, la pommade au précipité blanc, aidée de quelques cautérisations. Une première cautérisation fut faite le surlendemain, l'emploi de la pommade fut pris deux jours après, et l'on fut tout étonné de voir ce champignon s'affaisser, se déterger par degrés, si bien qu'il se trouva plus d'à moitié cicatrisé et réduit en moins de trois semaines. Le traitement a été continué d'après ces idées, et le malade est guéri de sa tumeur fongueuse et de son ulcère, mais en conservant une petite fistule urinaire.

Au total, M. Velpeau emploie avec avantage la pommade au précipité blanc, à la manière du cérat, dans toutes les affections eczémateuses de la surface cutanée, dans tous les cas de plaies superficielles à surface grisâtre ou sanieuse, partout où les bords de la solution de continuité semblent excoriés, dans les ulcérations grisâtres d'aspect cancéreux, tant qu'il n'y a pas de décollement de la peau, de sinuosités dans le fond de l'ulcère; c'est pour lui un incarnatif, un siccatif, un des meilleurs topiques qu'on puisse employer pour hâter la cicatrisation des solutions de continuité plus étendues en surface qu'en profondeur, soit qu'elles paraissent être entretenues par quelques dispositions internes, soit qu'elles tardent à se cicatriser à cause de l'état local.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DES PRÉPARATIONS DONT LE LICHEN D'ISLANDE EST LA BASE.

Le lichen d'Islande, par rapport à ses applications, peut être considéré sous deux points de vue différents, soit comme matière alimentaire, soit comme médicament.

Si l'on a pour but de préparer le lichen pour l'employer comme aliment, alors il n'y a aucune hésitation à avoir sur les manipulations auxquelles on doit le soumettre. En effet, on trouve dans ce végétal deux principes dominants, la matière amère et la substance amilacée. La substance nutritive, c'est l'amidon; le principe amer (cétrarine) contribuera à donner à toutes les préparations alimentaires de lichen une sa-

veur très-désagréable, sans avantage bien appréciable ; dans ce cas, il faut donc l'éliminer ; et aucun procédé ne réussit mieux que celui que M. Berzélius a donné, et qui consiste, comme on le sait, à faire tremper pendant vingt-quatre heures le lichen haché dans de l'eau froide, à laquelle on ajoute une très-petite proportion de potasse du commerce. L'alcali dissout le principe amer. On verse sur un linge, on fait égoutter, on lave le lichen par macération à plusieurs reprises tant que l'eau paraît amère et alcaline. On n'exprime pas le lichen, pas plus qu'on ne l'agite fortement dans l'eau, car une grande partie de l'amidon du lichen se séparerait en petits grumeaux transparents, et serait entraîné avec les eaux de lavage.

S'agit-il d'employer le lichen comme médicament, alors on doit être guidé par des principes tout différents : en effet, la matière vraiment utile, c'est la cétrarine ; l'amidon de lichen est une substance très-indifférente. La plupart des pharmacologistes modernes sont loin de partager cette croyance, et dans toutes les préparations qu'ils font subir au lichen ils s'efforcent d'éliminer le principe amer, qu'ils regardent comme nuisible, pour ne conserver que la *matière* prétendue *adoucissante* du lichen. Pour attaquer franchement cette opinion, selon nous erronée, bornons-nous à parler des applications thérapeutiques du lichen, dans le cas où l'on croit l'utilité du principe amilacé le mieux démontrée, je veux parler des affections de poitrine en général, et de la phthisie pulmonaire en particulier.

Aujourd'hui que l'on est éclairé sur la composition chimique du lichen, que l'on connaît mieux le rôle de chaque principe immédiat dans l'acte de la digestion, personne, je pense, ne sera tenté d'attribuer des propriétés spécifiques à l'*amidon du lichen*. Il s'assimile comme toutes les matières féculentes, et il ne faut pas lui chercher d'autres propriétés ; et cependant des faits nombreux semblent bien établir l'utilité du lichen dans le début de la phthisie pulmonaire. Si nous n'attribuons pas l'efficacité du lichen à l'amidon, il est tout simple qu'il faudra admettre que que c'est la cétrarine qui agit utilement. Cette assertion n'a rien qui doive surprendre ; en effet, le temps est passé où l'on attribuait une influence curative aux substances féculentes ou mucilagineuses dans le traitement de la phthisie. On admet, au contraire, que les substances qui sont propres à réveiller l'énergie des fonctions digestives sans trop exciter, sont extrêmement utiles dans le début de cette cruelle maladie. En effet, les accidents qui apparaissent du côté de l'appareil respiratoire, sont, selon moi, tout à fait secondaires ; c'est du côté de l'appareil digestif qu'il faut chercher le principe des désordres observés. Si l'on y regarde attentivement, on trouvera presque toujours que la phthisie

pulmonaire a pour cause essentielle ou un défaut dans les fonctions digestives, ou une aberration dans l'assimilation. Ces principes étant admis, il en découle naturellement qu'une substance telle que la cétrarine, qui est un amer franc, sans mélange d'un principe astringent ou d'une matière stimulante, peut être extrêmement utile dans les cas dont il s'agit. Voilà le secret de l'utilité du lichen dans la phthisie. D'après cela, il est clair que presque toutes les préparations de lichen de nos dispensaires doivent être réformées, car presque tous les pharmacologistes, guidés par une idée fausse, ont cherché à l'envi à éliminer ce principe amer, qui, selon nous, est le seul corps qui place le lichen au rang des médicaments utiles. Nous allons maintenant examiner rapidement les principales préparations dont le lichen est la base.

Poudre de lichen.

Le lichen est rarement prescrit sous cette forme; c'est cependant une bonne manière d'administrer le principe actif du lichen, lorsqu'on a soin, comme le veut le *Codex*, de ne pas le priver de son principe amer. On peut, avec la poudre de lichen et quelques gouttes de sirop de sucre, préparer un électuaire que l'on peut administrer chaque jour à la dose de 4 à 10 grammes.

Tisane de lichen.

C'est la forme sous laquelle le lichen est prescrit le plus souvent, et cependant le *Codex* ne contient pas de formule de tisane de lichen. On prend ordinairement 8 grammes de lichen privé de son principe amer, et on fait bouillir dans quantité suffisante d'eau pour obtenir un litre de tisane. Je crois qu'il est convenable de réduire la dose du lichen à 2 ou 4 grammes, et de ne pas le priver au préalable de son principe amer.

Gelée de lichen.

Le *Codex* veut que la gelée de lichen soit préparée avec le lichen non privé de sa cétrarine. Cette prescription est conforme aux principes que nous avons établis. Cependant quand on prescrit le lichen dans la troisième période de la phthisie, dans des cas où on n'a rien à attendre de définitivement utile du lichen, pas plus que d'une autre médication, alors il est quelquefois préférable de préparer cette gelée en privant le lichen de son principe amer, car les malades auxquels elle est destinée ne la prendraient pas à cause de sa saveur amère; et comme en définitive on ne peut rien faire d'utile pour eux, à quoi bon leur imposer une prescription désagréable?

Sirop de lichen.

Les auteurs prescrivent de préparer le sirop de lichen par décoction, après l'avoir privé de son principe amer. Ainsi formulé, c'est un médicament ridicule. En effet, le principe actif est éliminé, et par la décoction on obtient une solution mucilagineuse qui donne un sirop d'une mauvaise conservation; il vaut infiniment mieux préparer le sirop de lichen par infusion, en réduisant la proportion du lichen au sirop à 1/60.

Pâte de lichen.

On prépare ordinairement la pâte de lichen avec le lichen privé de son principe amer. La proportion du lichen est environ 1/10 de celle de la pâte ; il faut la réduire à 1/50 si, comme je le crois préférable, il faut laisser la cétrarine dans la pâte de lichen. Je dois observer qu'on ajoute dans la pâte de lichen des hôpitaux de Paris 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium pour 60 grammes de pâte.

Chocolat au lichen.

Le procédé qui me paraît le plus convenable pour préparer le chocolat au lichen est le suivant :

Pâte de chocolat.	50
Poudre de lichen.	1

Mêlez.

A. Bouchardat.

EXAMEN CHIMIQUE DE L'HUILE DE FOIE DE RAIE (*RAYA CLAVATA ET R. BATIS*). FORMULE D'UN NOUVEAU SIROP POUR L'EMPLOI DE CETTE HUILE.

L'huile de foie de morue et l'huile de foie de raie sont employées depuis fort longtemps déjà dans le nord de l'Europe, et surtout en Belgique et en Hollande, pour le traitement des affections goutteuses et rhumatismales, des scrophules et du rachitisme, etc. Or, tandis que l'huile de foie de morue a été l'objet d'un assez grand nombre de recherches exécutées par MM. Kopp, Hopfer, Hansmann, Gmelin et Stein, qui tous se sont accordés à admettre l'iode au nombre de ses principes constituants, l'huile de foie de raie, au contraire, n'avait nullement attiré jusqu'ici l'attention des chimistes [1]. Cette lacune vient d'être remplie,

[1] Je dois pourtant faire remarquer qu'il peut bien se faire que quelques-uns des chimistes précités aient agi sur l'huile de raie, croyant avoir affaire à de l'huile de morue. Il est au moins certain qu'une partie de l'huile vendue

dans le *Journal de Pharmacie*, par MM. Girardin et Preisser, professeurs de chimie à Rouen.

L'huile de foie de raie sur laquelle ont expérimenté ces deux chimistes distingués, avait été préparée par M. Vingtrinier, médecin en chef des prisons de Rouen, qui en a obtenu d'excellents effets.

Caractères de l'huile de foie de raie. — Cette huile a une couleur d'un jaune clair ; son odeur rappelle celle de l'huile de baleine ou de sardine fraîche.

Par son exposition à l'air, elle laisse déposer pendant plusieurs jours une matière blanche concrète, puis ne se trouble plus sensiblement.

Le chlore gazeux, qui colore si rapidement en brun foncé les huiles de baleine, de sardine, de morue, n'exerce aucune action appréciable sur l'huile de raie.

L'acide sulfurique concentré colore l'huile de raie en rouge clair ; en agitant le mélange après un quart d'heure de contact, il acquiert une couleur violette foncée. L'huile de morue prend rapidement une teinte noire par l'action d'un peu d'acide sulfurique froid.

L'acide nitrique ne change pas sensiblement la nuance de l'huile de raie ; tandis qu'il colore en brun orange l'huile de morue.

Dans l'huile de foie de raie, de même que dans l'huile de morue, il existe de l'iode. Ce corps simple s'y trouve en combinaison avec le potassium ; ce résultat analytique confirme les données chimiques de L. Gmelin, relatives à la composition de l'huile de morue. On se rappelle que cet habile chimiste a publié le premier que l'iode y existe à l'état d'iodure de potassium.

L'huile de raie a donné à l'analyse 0,18 centigrammes d'iodure de potassium par litre d'huile, tandis que l'huile de morue n'en a fourni que 0,15 centigrammes.

L'huile de raie ne contient d'ailleurs aucun autre principe actif différent de ceux qui existent partiellement dans les divers corps gras. Il n'y a aucun doute, selon MM. Girardin et Preisser, que ce ne soit à l'iodure de potassium qu'il faille rapporter son action. Mais la grande division de cet iodure dans la masse de l'huile, l'état particulier dans lequel il se trouve, *état qui ne permet pas à l'eau de le lui enlever*, doivent, au dire de ces deux chimistes, singulièrement faciliter son absorption par les tissus, et peuvent ainsi contribuer, plus que la proportion absolue de ce sel, aux effets marqués que l'huile exerce sur l'économie animale.

actuellement à Paris comme étant de l'huile de morue est réellement de l'huile de raie, ainsi que je m'en suis convaincu en répétant les principaux résultats analytiques des chimistes de Rouen.

Or, comme l'huile de raie renferme toujours plus d'iodure que celle de morue, laquelle est en outre d'une odeur repoussante, et d'une couleur brun foncé, il convient, suivant MM. Girardin et Preisser, de donner la préférence à la première de ces deux huiles, comme étant à la fois plus active, moins désagréable à la vue, au goût et à l'odorat.

Persuadé que les conclusions des deux chimistes précités ne tarderont pas à être adoptées par les praticiens ayant foi en ce genre de médication, nous allons donner ici la formule d'un sirop d'huile de raie que nous avons préparé, ce mode pharmaceutique nous ayant paru le plus propre à faciliter l'emploi de ce nouvel agent thérapeutique.

Prenez :	Sucre.		600 grammes.
	Amandes amères.	ana	50 grammes.
	Gomme arabique pulvérisée. .	—	50 grammes.
	Huile de raie.		100 grammes.
	Eau pure.		350 grammes.

Broyez d'abord les amandes avec la gomme et environ 50 grammes de sucre ; ajoutez ensuite, petit à petit, l'huile préalablement mélangée avec environ 100 grammes d'eau ; battez bien et longtemps ; ajoutez ensuite, peu à peu, le restant de l'eau qui doit entrer dans le sirop ; passez la liqueur émulsive à travers un blanchet, et faites-y fondre le sucre à l'aide d'une température très-faible qui ne devra pas dépasser 40° centigrades, afin d'éviter la coagulation de la partie albumineuse des amandes. Laissez refroidir, et aromatisez ensuite avec eau de fleurs d'oranger, 40 grammes.

Ce sirop, bien que renfermant le dixième de son poids d'huile de raie, *est aussi peu désagréable que possible ;* il est mixtible à l'eau en toute proportion, à la manière du sirop d'orgeat, et peut être facilement supporté par nos organes. MIALHE.

SUR LA PRÉPARATION D'UN NOUVEAU SIROP FERRUGINEUX.

En examinant l'action de la potasse sur le composé gélatineux qui se produit en versant de l'albumine dans une solution de persulfate de fer, M. Lassaigne (*Journal de chimie médicale*) a reconnu que ce précipité, qui est une combinaison d'albumine et de persulfate de fer, se redissout dans un léger excès d'alcali, et forme une liqueur qui se colore en jaune brun foncé. Ce nouveau composé ne possède plus la saveur atramentaire des sels ferrugineux ; sa saveur est légère, alcaline et douceâtre ; il n'est plus immédiatement sensible à l'action du cyanure de fer et de potassium.

Ce composé ferrugineux, véritable albuminate de fer et de potasse, en raison de la proportion d'oxyde de fer qu'il contient et de l'état particulier où il se trouve dans cette combinaison, a paru à M. Lassaigne pouvoir être employé à la préparation d'un sirop à base d'oxyde de fer. L'avantage qu'il est appelé à avoir sur les autres sirops ferrugineux est d'exclure toute la saveur qui appartient aux sels de fer, et de présenter à l'économie l'oxyde de fer combiné à un liquide albumineux alcalin assimilable, et par conséquent susceptible d'absorption facile par les organes digestifs.

Préparation. On prend 100 grammes de blancs d'œufs, on les bat avec 100 grammes d'eau distillée, et on filtre la dissolution albumineuse pour la séparer des flocons glaireux qui ne sont pas dissous. On verse dans cette liqueur 36 grammes de solution de persulfate de fer, à 5 degrés aréométriques. Il s'y forme aussitôt un précipité blanc jaunâtre gélatiniforme. On verse sur ce précipité 2 grammes de potasse à l'alcool, dissoute dans 50 grammes d'eau distillée. Par l'agitation, le précipité se redissout peu à peu, et il résulte une liqueur colorée en jaune brun orange.

Pour convertir ce liquide en sirop, on y fait dissoudre à froid une fois et demi son poids de sucre concassé, et l'on filtre, soit à la chausse, soit à travers un papier joseph.

Chaque quantité de 32 grammes de ce sirop représente 0,039 de persulfate de fer anhydre.

— La préparation ferrugineuse qui précède me semble on ne peut plus digne de l'attention des praticiens. Les recherches chimiques auxquelles je me livre depuis déjà bien longtemps, dans le but d'éclairer l'art de formuler, m'ont conduit à adopter entièrement l'opinion de M. Lassaigne [1], relative à l'union des sels métalliques avec les fluides albumineux du sang. C'est en contractant avec ces éléments plastiques une combinaison plus ou moins intime, plus ou moins stable, que ces composés occasionnent dans l'économie un trouble modificateur bienfaisant ou la mort, suivant leur nature ou la dose auxquels ils sont administrés.

Le sirop ferrique de M. Lassaigne me paraît surtout bien imaginé, en ce qu'il renferme le fer au maximum d'oxydation, mes expériences m'ayant porté à adopter, contrairement à l'opinion généralement reçue aujourd'hui, que les sels de peroxyde de fer constituent à eux seuls la base

[1] Je professe depuis bien longtemps l'opinion de M. Lassaigne : elle a été la conséquence forcée de mes recherches. Je ne puis, du reste, que m'applaudir d'avoir été devancé dans mes publications par un chimiste aussi distingué.

du traitement martial, les sels de protoxyde ne devenant réellement efficaces qu'après avoir subi l'influence de l'oxygène contenu dans les divers liquides de notre économie, c'est-à-dire qu'après leur transformation en sels de peroxyde.

Une question importante, qui se rattache à ce sujet, est la suivante : *Toutes les préparations martiales ont-elles la propriété de passer dans les urines, alors qu'elles sont ingérées dans l'économie animale?*

M. Berzélius nous apprend que toutes les préparations ferriques qui contiennent le fer à l'état d'oxyde ne passent pas dans les urines. M. Gélis, par suite d'une longue série d'expériences, exécutées avec le plus grand soin, est arrivé aux mêmes conclusions. Mes recherches à ce sujet m'ont conduit aux mêmes résultats que celles des deux chimistes précités. Cependant, des expérimentateurs instruits et consciencieux affirment avoir rencontré du fer dans les urines des malades soumis à un traitement ferrugineux[1], et M. Berzélius lui-même dit que l'on a observé quelquefois que l'urine des personnes qui consomment une grande quantité de préparations martiales est colorée en bleuâtre ou verdâtre par un peu de bleu de Prusse, reconnaissable à ce qu'il existe de l'oxyde ferrique après la combustion.

Voici maintenant comment il me semble possible de concilier ces résultats contradictoires :

Mes expériences m'ont appris que les sels de peroxyde de fer neutres ou légèrement acidés forment, avec les éléments albumineux du sang, un composé totalement insoluble, et partant incapable de passer à travers le parenchyme organique du rein, tandis que l'observation de M. Lassaigne démontre que ce composé cesse d'être insoluble alors qu'il est mis en contact avec une certaine quantité d'une base alcaline soluble. Il résulte de ce qui précède que le fer, dans les circonstances ordinaires, ne doit pas se rencontrer dans les urines, mais que, au contraire, on peut l'y retrouver toutes les fois que le liquide excrété par le rein, au lieu d'être légèrement acide ou neutre comme il l'est dans l'état normal, est alcalin, comme cela arrive quelquefois; encore même un pareil phénomène ne saurait avoir lieu que dans le cas où les urines

[1] Qu'il me soit permis de rappeler ici aux médecins la source d'une erreur que plusieurs d'entre eux ont commise en recherchant le fer dans les urines : c'est qu'il ne faut jamais l'y rechercher à l'aide du prussiate ferrugineux de potasse, ce composé ayant la propriété de donner du bleu de Prusse dans une liqueur tout à fait exempte de fer, il suffit pour cela que ladite liqueur soit suffisamment acide pour qu'un pareil phénomène apparaisse.

deviennent albumineuses, circonstance fâcheuse lors du traitement d'une maladie dans laquelle les préparations martiales sont indiquées, l'assimilation du fer ne pouvait alors être que très-incomplète.

MIALHÉ.

SUR QUELQUES MODIFICATIONS AU PROCÉDÉ DE GRÉGORY POUR LA PRÉPARATION DE L'HYDROCHLORATE DE MORPHINE.

M. Michiels, pharmacien à Anvers, conseille de reprendre les eaux mères par de l'ammoniaque pour en précipiter de nouveau la morphine, au lieu d'essayer de nouvelles cristallisations. Cette recommandation est loin d'avoir le mérite de la nouveauté, puisqu'il est de précepte en chimie d'éviter autant que possible de préparer les alcalis végétaux par voie d'évaporation.

M. Michiels prescrit d'ajouter un excès d'acide chlorhydrique pour faciliter la cristallisation du chlorhydrate de morphine; et bien que MM. Robertson, Grégory et Robiquet aient recommandé l'addition d'un léger excès d'acide dans la préparation du sel morphique de Grégory, M. Vandevelde, rapporteur du travail de M. Michiels, est persuadé que ces chimistes n'ont jamais observé l'effet singulier que l'addition d'un grand excès d'acide produit dans une solution concentrée d'hydrochlorate de morphine.

M. Vandevelde ajoute : « Nous avons répété plusieurs fois l'essai en faisant dissoudre de la morphine pure dans l'eau avec la quantité d'acide hydrochlorique nécessaire pour opérer la solution, et en concentrant la liqueur au point de cristallisation; nous l'avons déposée en lieu frais. Il nous a fallu un jour pour en obtenir la cristallisation. D'un autre côté, nous avons pris une même solution de morphine, nous y avons jeté un grand excès d'acide chlorhydrique, et nous avons obtenu, comme par enchantement, une cristallisation abondante, et telle, que tout le liquide semblait se prendre en une masse compacte. »

— J'ai répété l'expérience du chimiste belge, et je puis affirmer qu'elle m'a parfaitement réussi. Le fait de la prompte cristallisation du chlorhydrate de morphine dans une liqueur fortement acide est très-certainement remarquable. Comment agit l'acide chlorhydrique dans la cristallisation qui nous occupe? Je pense qu'il agit purement et simplement en changeant la nature du dissolvant, le chlorure morphique étant moins soluble dans l'eau convenablement acidulée que dans l'eau pure. Quoi qu'il en soit de cette explication, la particularité chimique sur laquelle M. Michiels a de nouveau attiré l'attention des chimistes est digne d'être si-

gnalée, au point de vue pratique, car elle abrége de beaucoup le temps de la préparation de l'hydrochlorate de morphine.

MIALHE.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

HEUREUX EMPLOI DE LA SOLUTION DE NITRATE D'ARGENT POUR ARRÊTER LA MARCHE D'UN ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE GRAVE.

Les érysipèles à la suite des opérations sont si graves parfois et si promptement suivis de la mort dans les hôpitaux, qu'on ne saurait accueillir avec trop d'empressement les moyens qui, dans cette occasion, paraissent efficaces ou simplement utiles.

Je venais d'opérer, à l'hôtel de Paris, rue Richelieu, Mme M..... d'un polype utérin considérable, quand le quatrième jour, à la suite de petits frissons répétés, elle fut prise d'un érysipèle qui commença au pli de l'aine droite, et qui, dans le cours d'une nuit, s'étendit à la moitié de la cuisse du même côté. Cette nuit fut très-pénible, le sommeil était fréquemment troublé; malgré l'application répétée de linges trempés dans l'eau froide, les cuissons et la chaleur de la partie malade étaient insupportables.

Lundi dernier, 20 juin au matin, je trouvai Mme M..... avec la fièvre; la bouche était mauvaise, la langue saburrale; un petit frisson lui parcourait encore de temps en temps tout le corps; la partie malade elle-même n'en était pas exempte: celle-ci était le siége d'une rougeur intense qui s'étendait depuis le pli de l'aine jusqu'à six travers de doigt du genou; la chaleur ressentie par la malade était intolérable; on la sentait se dégager en présentant le dos de la main. Le moindre toucher était fort douloureux. Au dire de la garde-malade, l'érysipèle s'étendait à vue d'œil. Je fus effrayé en pensant qu'eu égard à la circonstance et à la constitution très-lymphatique de la malade, cette affection pouvait être promptement mortelle. J'ordonnai à l'instant des compresses trempées dans une dissolution de nitrate d'argent cristallisé; 1 gramme pour 200 grammes d'eau, avec recommandation de les renouveler toutes les deux heures. A la seconde application, la malade était mieux. Le soir le mieux était encore plus prononcé; les frissons ne s'étaient plus manifestés; la fièvre était beaucoup moindre; et le lendemain matin tous les symptômes alarmants avaient cessé: la peau de la cuisse était noire, brunâtre, couverte de petits boutons miliaires et blancs; mais la cuisson, la chaleur, la tuméfaction de la peau, tout avait disparu pour faire place

à un calme inexprimable. Les jours suivants les mêmes applications furent continuées en les éloignant de plus en plus, et aujourd'hui, sixième jour de cet accident, la malade est en voie de convalescence.

On ne peut rien conclure, je le sais, d'un seul fait; il doit seulement inviter à l'observation. J'avais fait usage souvent de nitrate d'argent dans l'érysipèle il y a déjà bien longtemps, mais je n'en avais retiré un bon effet qu'en badigeonnant, pour ainsi dire, toute la surface malade avec le crayon humecté; du reste, le procédé est long, difficile; de plus, la dissolution de nitrate d'argent qui se produit alors se rassemble en gouttes et cautérise inégalement et sur quelques points trop fort. J'ai donc préféré l'application permanente et immédiate de la solution elle-même sur toute la surface malade à la fois; elle m'a réussi à souhait dans cette circonstance.

TANCHOU.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours complet de pharmacie, par M. LECANU, *professeur titulaire de pharmacie à l'École spéciale de pharmacie de Paris*. Deux volumes in-8°; chez J.-B. Baillière.

M. Lecanu est depuis dix ans professeur titulaire de pharmacie à l'École spéciale de pharmacie de Paris; un savant aussi distingué a dû, dans cet espace de temps, réunir les matériaux les plus utiles et les coordonner de la manière la plus heureuse.

Le titre du livre indique assez le but que l'auteur s'est proposé d'atteindre. Est-ce bien, comme il l'annonce, un *cours complet de pharmacie* dont nous avons à rendre compte aujourd'hui? Avant d'aborder cette question importante, commençons par présenter une analyse rapide de l'ouvrage.

L'habile professeur de l'École de pharmacie admet cinq grandes divisions dans le plan de son cours : 1° la récolte des médicaments fournis par les trois règnes; 2° un exposé sommaire du mode de développement des végétaux, avec des considérations générales sur leur composition; 3° la description des principales opérations pharmaceutiques; 4° l'application des manipulations précédentes à la préparation des médicaments les plus importants, ceux-ci étant divisés en médicaments galéniques et chimiques; 5° l'examen des procédés propres à reconnaître la pureté des matières premières que le commerce fournit à la pharmacie; 6° l'exposé des moyens de conservation des médicaments.

Le premier volume comprend la récolte, le développement des végétaux, la description générale des manipulations, et les notions sur les médicaments galéniques. Les généralités sur le mode de développement des végétaux et sur les changements qu'ils éprouvent dans les différentes périodes de leur accroissement, renferment plusieurs notions très-importantes et qui trouvent d'utiles applications lorsqu'il s'agit de choisir les médicaments ou de leur faire subir les préparations les plus convenables. On trouve dans l'article sur la récolte des plantes des notions précises sur les influences diverses de la culture, du climat et du terrain. Les différents chapitres consacrés à l'exposition des formes pharmacologiques renferment une foule de rapprochements heureux et de développements pleins d'intérêt. On lira surtout avec plaisir les articles sur les huiles fixes et volatiles, et sur les extraits.

Le second volume est consacré à faire l'histoire des médicaments chimiques. Cette partie de l'ouvrage de M. Lecanu est traitée avec le plus grand soin. Après quelques considérations générales sur la constitution des corps et sur leurs modes de combinaison, il aborde successivement l'étude des corps organiques, simples ou composés, qui sont employés en pharmacie, des eaux minérales naturelles et artificielles, puis enfin des médicaments chimiques du règne organique.

Une des parties les plus neuves, et certes des plus intéressantes de l'ouvrage que nous analysons, est celle qui a pour titre *De l'examen chimique des matières médicamenteuses fournies par le commerce*. On y trouve réunis des documents très-précieux pour le pharmacien; ils sont intitulés : essais de l'iode, de la limaille de fer, de l'antimoine, du mercure, de l'argent; des acides chlorhydrique, azotique, sulfurique; des oxydes de manganèse, de mercure, de plomb, etc. Des articles dignes d'être remarqués sont consacrés aux essais du sel marin, des acides acétique, cyanhydrique, des huiles fixe et volatile, du sulfate de quinine et du lait.

La dernière partie de l'ouvrage, consacrée à la conservation des médicaments, a reçu beaucoup de développement; on traite dans le premier chapitre de la conservation des matières médicamenteuses inorganiques; l'auteur s'occupe ensuite de la conservation des plantes et de celle de leurs parties; cette étude est précédée de quelques considérations sur la décomposition putride. Enfin on trouve de précieuses notions sur la conservation des animaux, de leurs parties et de leurs produits, et les règles de l'embaumement. On remarque dans cette dernière leçon d'utiles renseignements sur la conservation des sangsues.

L'analyse de l'ouvrage que nous venons de présenter montre en quoi il diffère des traités les plus répandus en France. L'auteur a cru devoir

se dispenser de consigner les formules qui en forment souvent la partie principale ; il a pu se dispenser alors des détails arides et minutieux qu'elles entraînent : il a pu aussi envisager, sous d'autres points de vue, des questions importantes, et il a eu ainsi plus de liberté dans le choix des matériaux qu'il a mis en œuvre ; mais le titre qu'il a adopté, cours complet de pharmacie, est-il bien exact? Oui, s'il s'agit de la pharmacie telle qu'elle est, telle qu'elle doit être enseignée dans l'École de Paris, si l'on s'en rapporte aux ouvrages les plus accrédités chez nous ; mais si l'on considère le sujet d'un point de vue plus élevé, on ne saurait admettre que l'ouvrage que nous venons d'analyser soit un ouvrage complet de pharmacie, pas plus que tous les autres traités qui ont paru jusqu'ici en France. Un véritable cours complet de pharmacie existe en Allemagne, c'est le *Manuel de pharmacie* de Geiger. Là on ne se borne pas à considérer la pharmacie telle que l'ont restreinte chez nous les exigences de l'enseignement multiple ; mais l'auteur allemand embrasse dans leur ensemble toutes les connaissances indispensables à la théorie et à la pratique de la pharmacie ; tout vient concourir au même but. Il emprunte à la physique, à la chimie, à l'histoire naturelle, tout ce qui peut éclairer la pharmacie ; c'est un véritable compendium des sciences pharmaceutiques. Est-ce à dire pour cela que l'œuvre de Geiger serait facilement adoptée en France? ce n'est pas là ma pensée, car la pharmacie allemande diffère beaucoup de la pharmacie française ; et puis, il est des connaissances que Geiger a négligées, et qui seraient indispensables chez nous pour constituer un cours complet de pharmacie, je veux parler de la toxicologie et de la partie de la matière médicale qui s'occupe des propriétés des médicaments. Quoi qu'il en soit des remarques que je viens de présenter, je dois dire en terminant que M. Lecanu a atteint complétement le but qu'il s'est proposé, celui d'obtenir de ses confrères une complète approbation, et des élèves une affectueuse reconnaissance. BOUCHARDAT.

Une saison aux eaux minérales d'Enghien; considérations hygiéniques et médicales sur cet établissement; par J.-H. REVEILLÉ-PARISE, *docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.* 1 vol. in-18, avec lithographies.

On ferait certainement une bibliothèque entière avec les ouvrages écrits sur les eaux minérales : traités généraux et spéciaux, mémoires, analyses chimiques, catalogues raisonnés, etc., rien n'y manque ; c'est une mine depuis longtemps exploitée. Chaque source a son historiographe, qui en expose les propriétés dans le plus grand détail, souvent avec

une bonne foi établie sur une longue expérience, quelquefois aussi avec certaines préoccupations. A peu de chose près, ces ouvrages, dont plusieurs sont estimables, se ressemblent et pour le fond et pour la forme. Mais celui de M. Reveillé-Parise doit nécessairement faire exception sous plusieurs rapports : disons d'abord que c'est un joli volume, orné de lithographies et imprimé avec un soin tout particulier; la substance de l'ouvrage n'est d'ailleurs nullement au-dessous du luxe typographique. Il y a là un mélange d'érudition, de médecine, d'histoire naturelle, de philosophie, de faits intéressants, de sages réflexions, d'excellents préceptes, de vues ingénieuses, présentés avec un style d'une clarté, d'une élégance remarquables, ce qui rend la lecture de cet ouvrage singulièrement attrayante... *Miscuit utile dulci.* Sans s'écarter en rien de la ligne scientifique, sans perdre un instant de vue le but qu'il se propose d'atteindre, l'auteur a su tirer tout le parti possible d'un sujet en apparence très-aride, ou ne pouvant fournir que des considérations connues et rebattues. Les eaux minérales d'Enghien sont désormais placées au rang qu'elles doivent occuper.

M. Reveillé-Parise insiste sur ce point, et selon nous avec raison, c'est que si en général on doit compter beaucoup sur l'efficacité d'une eau minérale, il ne faut pas non plus oublier l'influence *des eaux, des airs et des lieux;* il doit y avoir ici un accord, un ensemble de modifications dont le résultat, presque certain, est la guérison de la maladie ou une amélioration plus ou moins prononcée; aussi l'auteur fait-il une description brillante de la célèbre vallée de Montmorency, où se trouve *l'eau minérale d'Enghien.* Il a en outre consacré tout un chapitre à l'influence hygiénique de certains lieux sur la santé, et aux dispositions individuelles les plus propres à en recueillir les avantages. Si nous étions moins pressé par l'espace et le temps, nous en citerions des morceaux aussi remarquables par l'importance, par la netteté des aperçus, que par la justesse de l'appréciation des faits.

Ainsi l'auteur pose en principe que tout établissement thermal doit réunir les trois conditions suivantes :

1° Des eaux minérales d'une action approuvée, etc. ; 2° une localité saine, agréable, pittoresque, où les malades puissent jouir de tous les avantages d'une température modérée, de l'exercice fait en plein air, etc. ; 3° une méthode hygiénique non-seulement applicable à tel ou tel cas pathologique, ce qui est de rigueur, mais qui consiste dans un ensemble de soins, de mesures, de précautions générales, ayant pour but de soutenir l'état physique, de donner à l'esprit des distractions agréables, variées, toujours utiles à la guérison.

C'est d'après ces données que l'auteur examine les eaux minérales

d'Enghien, leur situation topographique, leurs propriétés physiques, chimiques et médicales, le mode d'administration le plus convenable, etc. Sans prévention aucune, sans préjugés pour ou contre, il fait l'exposé des cas où l'expérience a prouvé l'efficacité de ces eaux, et de ceux où leur emploi serait évidemment préjudiciable; il ne dissimule ni les avantages, ni les inconvénients. « Aussi, dit-il, en signalant leurs propriétés très-remarquables, nous sommes loin d'en faire une panacée universelle, de mettre une absurde étiquette d'infaillibilité... Les eaux d'Enghien guérissent plusieurs maladies, elles en soulagent un grand nombre, elles sont impuissantes contre certaines affections. Le succès dépend du médecin qui les conseille et les emploie, de son savoir, de son tact, de sa pénétration à bien saisir les indications : hors de là, tout est incertitude. » Réflexion pleine de sens et de vérité, qu'il serait si nécessaire de mettre en pratique dans une foule de cas. Plus loin, M. Reveillé-Parise s'élève contre cette manière banale de se prononcer sur les propriétés médicales d'une eau minérale quelconque, elles sont *bonnes* dans tel ou tel cas de maladie. Rien de plus vague et de plus insuffisant. « En voici un exemple, dit-il, et pris au hasard : cette eau est *bonne* contre les rhumatismes, sans contredit; mais il faut savoir si ce rhumatisme est à l'état aigu ou chronique, et à quel degré, surtout quand il affecte une articulation; s'il est profond ou superficiel; s'il a son siége dans les muscles, dans les parties aponévrotiques, dans le système nerveux, etc.; s'il est fixe ou erratique; s'il s'agit d'une métastase rhumatismale sur un viscère; si son siége habituel est dans un organe important; s'il est une affection unique, franche, ou compliquée de goutte, de principe vénérien. Ce n'est pas tout, il faut encore examiner si le malade est jeune ou brisé par l'âge; si sa constitution est forte ou débile, lymphatique ou sanguine; s'il a subi divers traitements et quels traitements; s'il est à sa première, seconde ou troisième saison des eaux; s'il n'habite pas un lieu malsain; si sa profession ne l'expose pas aux vicissitudes atmosphériques; si lui-même sait se défendre des inclémences de la température; s'il aura la prudence de continuer pour ainsi dire l'action des eaux par un régime, des précautions convenables. Voyez combien de conditions doivent être ici connues, pesées, examinées; car sans ces conditions, relatives à une eau minérale, comment peut-on en déterminer l'emploi, en régler le mode d'administration, en préciser les effets, en calculer les résultats? et pourtant la santé est l'x qu'il faut dégager de la solution d'un problème aussi compliqué. » (Pag. 229.) Assurément, il est difficile de le poser dans des termes plus formels et plus explicites que ne le fait M. Reveillé-Parise.

En résumé, ce livre, de peu d'étendue, est plein de faits et de choses :

pensé avec savoir et réflexion, écrit avec élégance, on le lit avec d'autant plus d'empressement qu'on trouve à la fois le plaisir et l'instruction.

Statistique médicale de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, adressée au conseil médical des armées; suivie de recherches théoriques et pratiques sur les fièvres intermittentes et rémittentes, simples et pernicieuses, et sur les maladies typhoïdes, par M. le baron Michel. 1 vol. in-8°.

M. le baron Michel expose dans cet ouvrage le résultat des diverses médications qu'il a successivement appliquées au traitement des maladies nombreuses qu'il a eu occasion d'observer pendant un certain laps de temps, dans un des hôpitaux militaires les plus importants de la France. C'est une chose bien remarquable, que c'est surtout sur les médecins militaires que Broussais a fait peser le despotisme de son système; alors déjà que dans la pratique civile on voyait se prononcer une réaction manifeste contre la doctrine physiologique, les médecins militaires ne comprenaient même pas que la pensée du maître pût être contrôlée; et sans doute plus d'une fois le nom de pék... a été lâché contre les premiers organes de cette réaction. Il est juste de dire cependant que M. le baron Michel, qui, grâce à un mérite réel, est arrivé successivement aux postes les plus élevés de la médecine militaire, a toujours été compté dans le petit nombre des médecins de l'armée qui ne se sont point accroupis sous la coupole du Val-de-Grâce. Le livre qu'il vient de publier peut être hardiment cité à l'appui de ce que nous venons de dire. La pratique de ce médecin est celle d'un homme sage, qui conçoit l'importance des théories dans les sciences, mais qui se réserve le droit de contrôle quand il s'agit de l'application. L'ouvrage de M. Michel, par cela seul qu'il est un simple résumé d'observateur, n'est guère susceptible d'être analysé; toutefois l'auteur quitte de temps en temps le rôle de simple statisticien, pour toucher aux questions de doctrine. C'est ainsi que dans son livre il traite longuement de la fièvre typhoïde, et émet sur la nature de cette maladie les idées les plus saines; il eût pu à cet égard se dispenser de se justifier si souvent de n'accepter point ici l'idée théorique du Val-de-Grâce : qui est-ce, par le monde, qui croit aujourd'hui que la fièvre typhoïde est une gastro-entérite? M. C. B... peut-être; mais cela est sans conséquence; c'est de la piété filiale, c'est bien, mais ce n'est pas de la science. L'indication thérapeutique essentielle, suivant M. Michel, dans le traitement des maladies typhoïdes, c'est de rétablir les fonctions de la peau, qui est en connexion physiologique évidente avec la muqueuse gastro-intestinale, et en même temps de calmer l'irri-

tation nerveuse, qui, suivant l'auteur, joue un grand rôle dans la pathogénésie de ces affections, par des sédatifs appropriés ; dans ce double but, il met en usage l'acétate d'ammoniaque et le laudanum à doses assez élevées. L'ancien médecin en chef du Gros-Caillou cite de nombreux succès en faveur de cette méthode ; mais ici, comme toutes les fois qu'il est question du traitement de la fièvre typhoïde, le diagnostic a-t-il été rigoureux ? De quelque manière qu'il faille résoudre cette question, cette difficulté n'ôte point à l'ouvrage de M. Michel les qualités précieuses qui le recommandent à l'attention publique, les importants résultats thérapeutiques qu'il signale.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Érysipèle épidémique. — Il n'est presque pas d'année où, sous l'influence de certaines conditions atmosphériques, il ne se développe, au début du printemps et de l'été, dans plusieurs hôpitaux en même temps, des érysipèles qui se montrent à la fois dans les services de médecine et dans les salles de chirurgie ; cette dernière circonstance indique la cause générale, la cause véritablement épidémique de l'affection, et signale une différence essentielle entre ces érysipèles et l'érysipèle ordinaire, l'érysipèle traumatique des chirurgiens. Il faut donc prendre en grande considération, pour le traitement, ces épidémies ; car l'affection chirurgicale est ici compliquée d'un état général qu'il faut avant tout combattre. Ces érysipèles, comme on le sait, sont presque toujours sous la dépendance d'une turgescence bilieuse ; leur invasion est, chez tous les malades, précédée de frissons, de céphalalgie sus-orbitaire, de nausées, d'envies de vomir et même de vomissements. Administrez des vomitifs et des purgatifs, et la cause générale qui agissait sur l'organisme, et dont l'érysipèle n'était que le retentissement, sera enrayée dans sa marche ; puis combattez par les antiphlogistiques, s'il y a lieu, l'état local. Voilà la règle qu'il est utile de recommander aux chirurgiens dans ces cas. Une épidémie de la nature de celle dont nous venons de parler a régné, dans les mois de mai et de juin, à la Pitié et à l'Hôtel-Dieu, dans les services chirurgicaux de MM. Lisfranc, Roux et Blandin, et nous avons eu l'occasion de voir à l'application les résultats des idées médicales que nous venons d'émettre. Les deux premiers chirurgiens ont opposé à l'érysipèle épidémique qui se développait autour des plaies de leurs malades, les évacuants émétiques. Les accidents ont été bien plus sûrement, bien plus promptement enlevés chez eux que dans le service de M. Blandin, qui s'est presque toujours borné au traitement antiphlogistique, à l'ap-

plication des sangsues à la racine des membres affectés au début de la maladie, et à la saignée générale lorsque le siége de l'affection ne permettait pas d'appliquer des sangsues.

Sur un accident qui peut suivre la ponction dans l'hydrocèle. — Il n'est pas de petite opération chirurgicale qui ne puisse être suivie d'accidents plus ou moins graves, que l'habileté ni la prudence du praticien ne peuvent empêcher. Il faut connaître ces fâcheuses éventualités pour en prévenir les malades. Un homme, d'une trentaine d'années, entre, il y a quelques semaines, à l'hôpital de la Pitié, et est couché au nº 9 de la salle Saint-Antoine, service de M. Lisfrane; en outre d'une affection plus sérieuse, il portait depuis quelques mois une hydrocèle assez volumineuse, transparente, dont il désirait être débarrassé. La réaction qui devait suivre l'opération définitive présentant pour le moment quelques inconvénients, M. Lisfrane se borna à une ponction simple palliative pour diminuer le volume de la tumeur qui gênait le malade. Contrairement à toutes les prévisions, il est survenu une inflammation très-vive, tout comme s'il avait été fait une injection. Cela fit espérer que, quoiqu'il n'y eût pas eu d'injection, cette inflammation servirait à la cure radicale de l'hydrocèle, tout comme si elle avait été faite; et l'on fit des pansements avec des compresses imbibées dans la décoction vineuse de roses de Provins. Mais pas du tout, les choses ne se sont pas passées ainsi : au bout d'un mois de douleurs, le volume de la tumeur était le même que le premier jour. Le point où la ponction avait été faite était d'un rouge livide, la cicatrice menaçait de se rompre; le malade avait des frissons, de la fièvre, et les symptômes d'un embarras gastro-intestinal. Outre ces symptômes généraux d'une suppuration interne, il existait une fluctuation évidente. Force a été à M. Lisfranc d'opérer ce malade par incision : il est sorti du pus en abondance, et de fausses membranes; on a trouvé la tunique vaginale ayant presque un pouce d'épaisseur; elle a été énucléée et réséquée près du testicule et du cordon. Quelques fausses membranes épaisses, qui étaient adhérentes à la partie postérieure, sont tombées plus tard en gangrène et se sont détachées, et le malade a été rapidement en voie de guérison. A dater du jour de l'opération, la fièvre a cessé chez ce sujet, et l'appétit est revenu.

Bons effets de l'association du mercure à l'iodure de potassium dans un cas de cancer ulcéré fort grave. — Il est important d'enregistrer toutes les tentatives éclairées faites par les notabilités de la science dans le but de trouver un traitement efficace contre

une de ces désolantes maladies réputées incurables. C'est à ce titre que se recommande l'observation suivante. Il n'est pas question de proposer un remède contre le cancer, mais seulement d'indiquer le traitement combiné qui, dans une affection grave de cette nature, a apporté au mal une modification des plus puissantes et des plus heureuses. Un homme de cinquante-cinq ans a été reçu, il y a quatre mois environ, dans le service de chirurgie de M. Ricord, à l'hôpital du Midi. Cet homme portait une affection cancéreuse ulcérée, occupant toute la partie latérale gauche de la face. La région maxillaire, jusqu'au conduit auditif, présentait des pertes profondes de substance allant jusqu'aux os, avec des bourgeons de mauvaise nature; la lèvre inférieure et la commissure étaient détruites dans une grande étendue. La maladie avait débuté il y a trois ans, et depuis, tout avait échoué pour en arrêter la marche. Il n'y avait pas à songer à une opération et à une réparation; la perte de substance était trop considérable, et la peau en trop mauvais état. En désespoir de cause, M. Ricord a songé à combiner ensemble, chez ce sujet, l'action du mercure et celle de l'iodure de potassium. A cet effet, il a administré, à dose croissante, le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium; le premier, sous forme de pilules, uni à l'extrait de ciguë, à la dose de 5 centigrammes à 15 ou 20 centigrammes dans les vingt-quatre heures; le second, en solution, à celle de 1 gramme à 4 grammes par jour. Au bout de quinze jours seulement de ce traitement combiné, une amélioration inespérée s'est manifestée dans l'état des parties. Mais un ordre de phénomènes fort singuliers, et que nous signalons aux praticiens, a forcé M. Ricord d'interrompre pour quelque temps l'iodure de potassium. Ces accidents, qui n'avaient pas jusqu'ici été notés dans l'emploi de ce remède, sont une éruption, sur différentes parties du corps et particulièrement à la face et sur le cuir chevelu, de *rupia*, à larges bulles brunes, comme renfermant une matière sanguinolente. Les croûtes qui ont suivi cette éruption étaient noirâtres et recouvraient des ulcérations assez profondes. C'est bien à l'administration de l'iodure de potassium que l'on peut rapporter ce développement du *rupia*, car ce médicament ayant été cessé, tout en continuant l'usage du proto-iodure de mercure, l'éruption s'est éteinte d'elle-même; et quinze jours après, M. Ricord ayant cru pouvoir reprendre l'iodure de potassium, au bout de quelques jours de son emploi la même éruption de *rupia* s'est développée, mais encore plus confluente à la face et sur le cuir chevelu; elle s'est encore effacée d'elle-même par la cessation de l'iodure. Cet effet du médicament dépend-il de la disposition individuelle du malade, ou est-il susceptible de se reproduire chez d'autres sujets par suite de l'iodure de potassium longtemps continué? C'est à l'observation

ultérieure à résoudre cette question. Quoi qu'il en soit, les surfaces cancéreuses ulcérées ont subi une modification des plus puissantes du traitement que nous venons de détailler : les parties dures, gonflées, se sont assouplies, et ont perdu de leur volume; les chairs se sont dégorgées, ont pris un meilleur aspect; la cicatrisation a marché graduellement sous l'influence de ces seuls remèdes internes, et aujourd'hui l'étendue des ulcérations est réduite des quatre cinquièmes. Il est possible que la même médication fasse marcher la guérison plus avant; mais même dans l'état des choses, c'est un magnifique résultat à signaler. Il ne peut y avoir que de l'avantage à essayer, dans des cas pareils, le traitement mis en usage dans cette circonstance par M. Ricord.

Fièvre typhoïde épidémique. — Paris présente en ce moment à observer une épidémie véritable de fièvres typhoïdes. Dans tous les hôpitaux on en voit un très-grand nombre offrant tous les degrés d'intensité, toutes les formes, toutes les nuances, toutes les complications, et sur lesquelles aussi, il faut le dire, on peut observer toute la désespérante incertitude de notre art en face de cette redoutable maladie. Nous avons visité la plupart des hôpitaux de Paris, et quoique l'épidémie ne dure pas depuis assez longtemps pour qu'il soit possible de constater avec précision les résultats des divers services, on peut cependant être frappé de ce fait général, c'est que partout, et quelle que soit la médication employée, les cas légers (et ce sont heureusement les plus nombreux) guérissent, et que la plupart des cas très-graves sont partout, et sous l'influence des traitements les plus opposés, suivis d'une terminaison funeste. Telle est l'impression qui reste à celui qui voit les choses sans prévention et qui se garantit des illusions propres à ceux qui préconisent une médication s'adaptant à tous les cas.

A l'hôpital de la Charité, service de M. Fouquier, nous avons vu les cas les plus graves. La plupart des malades ont présenté des symptômes cérébraux de la plus grande intensité, et sur ceux qui ont succombé, l'autopsie a révélé, outre les désordres entéro-mésentériques, des altérations considérables du cerveau, et surtout de ses membranes. M. Fouquier emploie généralement les émissions sanguines à dose modérée.

Dans le service de M. Rayer, ainsi que sur quelques malades de l'Hôtel-Dieu, on a constaté de larges éruptions lenticulaires d'un rouge livide, occupant les membres, et rappelant par leur aspect les éruptions propres aux épidémies de typhus. Les malades présentant cette éruption étaient tous très-gravement atteints. M. Rayer n'a pas de méthode générale de traitement; il varie sa médication selon les cas et les indications : nous l'avons vu prescrire tantôt l'eau de Sedlitz, tantôt les

toniques, tantôt les saignées, et le plus souvent se borner à une médication expectante.

Dans le service de M. Andral c'est l'expectation qui domine, et nous n'avons pas vu que la mortalité y soit plus grande qu'ailleurs.

Pour M. Cruveilhier la maladie est toujours une entérite folliculeuse. Les cas légers cependant sont traités, dans son service, par de simples boissons délayantes; dans les cas graves on emploie les saignées à haute dose.

Emploi des arsenicaux dans quelques ulcérations syphilitiques invétérées. — L'on se souvient qu'il y a quelques mois (tome XXII, page 66) nous parlions de ces ulcérations syphilitiques serpigineuses phagédéniques très-anciennes, dont, par quelque moyen que ce fût, on avait pendant un an, deux ans, trois ans, sollicité inutilement la cicatrisation; et nous indiquions dans ces cas, comme un des moyens à employer utilement, l'administration du mercure à dose rapidement croissante. Eh bien, il est des cas rebelles encore à cette méthode, et pour lesquels il a fallu chercher un modificateur plus puissant et d'une autre nature. Ce modificateur, que M. Ricord a essayé avec fruit chez quelques malades de cette classe, a été la solution arsenicale de Fowler. Un malade, nommé Lebreton, âgé de trente ans, couché au n° 2 de la salle 5, dont nous avons rapporté l'histoire, avait obtenu une amélioration des plus notables par le mercure à haute dose. Il y a eu retour de la maladie, et, malgré la continuation du même traitement, le mal n'a plus rétrogradé. C'est alors que M. Ricord a administré à ce sujet la liqueur de Fowler à la dose de cinq gouttes d'abord par jour, puis augmentée, après chaque quatre jours d'usage, de trois à quatre gouttes. Au bout de quinze jours de cette nouvelle médication, les ulcérations larges, profondes, qui existaient à la racine de la verge, sur le bas du ventre, et à la cuisse, avaient subi une modification, et déjà quelques points étaient en pleine cicatrisation. On a porté, chez ce malade, par doses graduées, la solution arsenicale jusqu'à vingt et vingt-quatre gouttes; mais on a été obligé aussitôt d'en diminuer la quantité, et même de la suspendre deux ou trois fois à cause des accidents qui se manifestaient, et qu'il est bon de noter. Ce malade avait un pincement à l'estomac, une tendance continuelle au vomissement, mais pas de vomissement. Les principaux phénomènes étaient du côté de la tête et du cœur; il était dans un état permanent d'éblouissements et d'étourdissements, et une activité très-curieuse se montrait dans les mouvements du cœur, dont les pulsations étaient si rapides qu'on ne pouvait les comparer qu'à un roulement. Tous ces symptômes disparaissaient par une semaine de repos,

puis la liqueur de Fowler était reprise à la dose de huit à dix gouttes. Il est aujourd'hui à vingt gouttes, et les supporte encore très-bien. Les cinq sixièmes des ulcérations sont complétement cicatrisées, et le reste n'a plus le caractère serpigineux. Les tissus se sont relevés, et tout fait espérer que cette fois la période de réparation se maintiendra franche, et que la cicatrisation est prochaine. Du reste, nous verrons.

Emploi de la pommade au nitrate d'argent dans l'érysipèle. — Depuis quelques mois, M. Jobert emploie comme moyen topique dans l'érysipèle, la pommade au nitrate d'argent, qu'il a le premier préconisée dans le traitement des tumeurs blanches; il a reconnu à ces applications caustiques la propriété de diminuer la tension douloureuse, insupportable, des parties frappées d'érysipèle, et surtout de limiter la marche de cette affection. Trois malades, couchés en ce moment dans ses salles à l'hôpital Saint-Louis, ont retiré des avantages de cette médication. Au nº 5 de la salle Saint-Augustin, une blanchisseuse, âgée de seize ans, qui venait d'être opérée d'un strabisme, a été prise d'un érysipèle au bras droit; la peau était gonflée et très-douloureuse. Une seule application de la pommade a promptement modifié la surface malade, et les douleurs ont disparu. Au nº 71 de la même salle, se trouve une femme de soixante ans, chez laquelle des ulcérations aux doigts ont provoqué d'abord des traînées rougeâtres à la peau, puis un véritable érysipèle, qui de l'avant-bras a gagné le bras, et tendait à s'étendre au tronc; il y avait chez cette malade des symptômes généraux, de la fièvre, de l'insomnie; les douleurs étaient violentes et continuelles. Une onction sur les parties affectées, avec la pommade au nitrate d'argent, a calmé les douleurs, et l'érysipèle s'est borné. Il en a été de même chez un homme de soixante-cinq ans, qui présentait un érysipèle traumatique grave avec délire, qui occupait le front, le cou, les oreilles, et une partie du cuir chevelu; l'érysipèle a été borné encore dans ce cas. La pommade que M. Jobert emploie à cet effet est celle qu'il a désignée par le nº 2; elle est ainsi composée :

Axonge	30 grammes.
Nitrate d'argent	8 grammes.

REPERTOIRE MEDICAL.

ABCÈS DU CERVEAU *consécutif à une plaie de tête. Trépanation. Mort.* L'observation suivante mérite au plus haut degré l'attention de nos lecteurs. En même temps qu'elle éclaire le diagnostic d'une lésion de l'encéphale, encore enveloppée d'une grande obscurité, elle peut servir d'indication à l'emploi du trépan, question importante de médecine opératoire, qui, malgré de vives et nombreuses controverses, est loin d'être définitivement jugée.

Une femme de trente-cinq ans entre à l'Hôtel-Dieu le 9 octobre 1841, dans le service de M. Blandin; elle a reçu des coups de bouteille sur la tête, et porte à la région fronto-pariétale droite une plaie contuse, avec dénudation des os. Après deux mois d'un traitement très-énergique (saignées, glace sur la tête, séton à la nuque, etc.), la plaie fut complétement cicatrisée; quelques esquilles avaient été successivement extraites. A partir de cette époque, la malade accusa, dans la région même de la plaie, une douleur presque continuelle, et tellement vive, qu'elle ne pouvait se livrer au sommeil, et poussait des cris plaintifs surtout quand on voulait remuer sa tête. Les autres symptômes étaient : altération des traits, langue rouge, vomissements continuels; pouls petit, à 60, contractilité et motilité égales des deux côtés; contractilité égale des pupilles, sensibilité normale.

Les sangsues, les dérivatifs, échouèrent contre cet état. M. Blandin, croyant à une névralgie sous-orbitaire, fit usage de l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique : succès nul.

Attribuant alors les symptômes morbides à l'irritation des méninges par une esquille plus ou moins pointue, le 28 janvier, le chirurgien pratiqua la trépanation sur le point de la région frontale où la douleur était plus vive. On ne trouva aucune esquille; la dure-mère était saine; M. Blandin, par le toucher, crut reconnaître la sensation d'une fluctuation profonde. Il attendit jusqu'au 1er février que l'abcès fît plus de saillie; ce jour-là, la dure-mère est au niveau des os du crâne, et couverte de bourgeons charnus en suppuration. M. Blandin fit une ponction oblique avec la pointe d'un bistouri étroit, pour reconnaître s'il y avait abcès : aucun liquide ne sortit par cette ponction. Pendant quelques jours la malade fut mieux.

Le 10 février, un érysipèle du cuir chevelu se déclare, il envahit successivement, et quoi qu'on fasse, les joues et le cou.

Le 12 février, délire violent pendant la nuit; c'est la première fois que l'intelligence se trouble : cris furieux, pouls à 112, altération profonde des traits.

Les jours suivants la faiblesse augmente, la malade ne se plaint plus; quand on lui demande où elle souffre, elle montre le côté droit de la tête. Le 18 février, la malade succombe; elle avait conservé sa connaissance jusqu'au dernier moment.

L'autopsie découvrit un abcès dans le lobe antérieur du cerveau; il s'étend de la voûte à la base, et ne laisse en haut et en bas que quelques millimètres de substance cérébrale. L'abcès a au moins le volume d'un œuf de dinde. (*Archives de médecine.*)

—Sans insister sur l'intérêt de ce fait, au point de vue pathologique et physiologique, il a un côté pratique qui nous montre qu'après l'opération du trépan, qui d'ailleurs est sans gravité pour le malade, et n'ajoute rien au danger de la maladie, c'est se flatter d'un espoir chimérique que d'attendre que le pus surmonte la résistance que lui oppose la dure-mère. De plus, il nous fait regretter que le coup de bistouri de M. Blandin n'ait pas été plus hardi; assurément il serait tombé dans le foyer purulent, et peut-être aurions-nous à ajouter un nouvel exemple de guérison au fait si remarquable qui est signalé dans la clinique de Dupuytren. Car si l'audace est permise en chirurgie, c'est sans contredit en présence d'une maladie infailliblement mortelle.

ASTHME INTERMITTENT *guéri par le sulfate de quinine.* M. le docteur Max Simon a recueilli, dans un temps où il existait un assez grand nombre de fièvres intermittentes, quelques observations qui montrent la réalité d'une variété d'asthme à laquelle, au milieu de nos préoccupations anatomiques, on n'avait guère fait attention; nous voulons parler de l'asthme franchement intermittent. Nous rapporterons seulement la première de ces observations, les autres étant identiques. M. l'abbé P..., d'une constitution nerveuse, après quelques jours d'anorexie, de malaise, de faiblesse, se sentit pris, pendant l'été de 1841, d'une oppression d'abord légère, qui augmenta progressivement. Vers une heure du matin, il est réveillé tout à coup par une oppression alarmante, il est forcé de se jeter en bas de son lit et de se tenir assis sur un fauteuil. Cette suffocation dure trois heures environ, puis santé parfaite. Les nuits suivantes, retour des mêmes accidents exactement à la même heure, seulement avec des degrés divers d'intensité. Le malade eut ainsi quinze ou vingt accès de suffocation, sans qu'il opposât à ces accidents rien autre chose que le datura strammonium en fumée et quelques bains de pieds sinapisés. Considérant d'une part la régularité des accès de suffocation, de l'autre les circonstances endémiques au milieu desquelles celle-ci était survenue, M. Simon conseilla le sulfate de quinine à des doses assez élevées. La nuit du jour où M. l'abbé P... fit usage pour la première fois de ce médicament, l'accès fut plus court et moins intense. Le lendemain l'accès manqua presque complétement. Pendant huit jours encore, le malade fut soumis à l'action du sel de quinquina, et aucun accident ne vint plus troubler le repos de la nuit.—Quand le quinquina agit d'une manière aussi marquée sur les accidents auxquels on l'oppose, on peut rigoureusement conclure que ces accidents étaient sous la dépendance du génie périodique, et que ce mode de vitalité morbide, si l'on peut ainsi parler, est ce qui les caractérise essentiellement. (*J. des Conn. méd.-chir.*, juin 1842.)

BLÉPHAROPLASTIE *par un nouveau procédé.* L'extirpation d'un cancer à la joue droite, comprenant le canal de Sténon, ayant été suivie d'un double ectropion, et la rétraction de la cicatrice ayant entraîné les paupières en dehors et opéré leur renversement, M. Bérard, pour remédier à la difformité, a mis en usage le procédé suivant : une incision verticale, longue de trois à quatre centimètres, a été pratiquée à un centimètre de l'angle externe des paupières; la lèvre interne de la plaie a été détachée de l'os de la pommette sur lequel elle adhérait, et l'angle externe des paupières, devenu libre, a été peu à peu reporté en dedans, de manière à faire cesser toute traction des paupières en dehors. Pour prévenir la reproduction de l'ectropion, M. Bérard a pris un lambeau de peau sur la région temporale et l'a enchâssé dans la plaie verticale pratiquée en dehors des paupières. L'opération a réussi, et l'ectropion a disparu à peu près complétement. (*Annales de chirurgie*, juin.)

CANCER DE L'ESTOMAC. Voici un exemple d'une lésion organique très-avancée de l'estomac, qui a existé longtemps sans se traduire par aucun symptôme, et qui néanmoins a déterminé la rupture des parois de l'estomac et la mort. Un soldat mineur, âgé de quarante-cinq ans, ayant un embonpoint convenable et dont la face était vermeille, entre à l'hôpital Saint-Éloy de Montpellier plutôt pour s'y reposer que pour y être traité comme malade, lorsque tout à coup il est pris, le 1er avril 1842, d'une péritonite qui l'emporte en deux jours. A l'ouverture on trouve un liquide lactescent et de fausses membranes dans le péritoine; à la face antérieure de l'estomac, près du pylore, on constate une petite perforation; à l'intérieur de l'estomac, près de la valvule pylorique, se voit un champignon carcinomateux de matière encéphaloïde, du volume d'un œuf; une tumeur de même nature, du volume d'une noix, occupe le pylore et bouche en partie le passage dans le duodénum. Ce cancer n'était pas ulcéré. — Ainsi chez ce sujet, malgré ces lésions, point de trouble des digestions, point de vomissements, point de couleur cachectique de la face. (*Gaz. méd. de Montpell.*, 11 juin 1842.)

CATALEPSIE *et somnambulisme avec tranposition des sens.* Voici des faits antiphysiologiques des plus extraordinaires. Il s'agit d'une de-

moiselle de Caen, observée par M. le docteur Duvard, qui pendant des attaques de catalepsie et de somnambulisme naturel lui a présenté les phénomènes de la transposition des sens de l'ouïe, du goût, de l'odorat et du tact au creux de l'estomac, à la paume des mains et à la plante des pieds. C'est sous toutes réserves que nous présentons les principales circonstances de la longue et presque incroyable observation recueillie par notre confrère. — Mlle Mélanie, jeune personne très-pieuse de Caen, âgée de vingt et un ans, qui n'avait jamais entendu parler ni de catalepsie, ni de somnambulisme, fut prise d'une pleurésie dans le mois de janvier 1841. Cette pleurésie passa à l'état chronique, et nécessita l'emploi d'un séton à la base de la poitrine à droite; six jours après l'application de ce séton, cette demoiselle est prise d'attaques violentes d'hystérie, qui au bout de six jours se compliquent de catalepsie. Cinq semaines après, à la catalepsie s'ajoute le somnambulisme naturel; c'est sur les phénomènes particuliers et extrêmement remarquables de ce nouvel état que nous arrêterons seulement notre attention. Ces phénomènes se reproduisaient tous les jours. M. le docteur Duvard a fait pendant deux mois de suite de continuelles expériences, en s'entourant de toutes les précautions, et en présence d'un grand nombre de témoins, et il atteste avoir mille fois constaté chez cette jeune personne la transposition positive de quatre sens, ceux du tact, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, au creux de l'estomac, à la paume des mains, et à la plante des pieds. Il avait cru d'abord au transport de la vision, mais il s'est convaincu que ce qu'il avait considéré comme l'effet de la vision dans ces points, n'était que le résultat d'une sensibilité tactile excessivement développée. Chez Mlle Mélanie, toutes les parties du corps, excepté celles que nous avons signalées, étaient d'une insensibilité complète; on pouvait la pincer, arracher les cheveux, enfoncer des épingles, titiller le nez, les lèvres, les oreilles, décharger une bouteille de Leyde; rien! mais si l'on touchait seulement avec les barbes d'une plume l'épigastre, les pieds ou les mains, elle indiquait une sensation pénible. Le sens de l'ouïe, quelque bruit qu'on fît à côté de l'oreille, paraissait nul; mais si l'on agitait une sonnette sur les parties sensibles, ou si l'on parlait en posant les lèvres sur une de ces parties, elle entendait tout ce qu'on lui disait, même quand on parlait assez bas pour que les paroles ne pussent arriver jusqu'à ses oreilles, et elle répondait à toutes les questions. Le contact immédiat des lèvres n'était pas nécessaire; M. Duvard dit avoir souvent fait usage avec le même succès d'un long bâton, d'une verge de fer, placés comme conducteurs du son entre sa bouche et la plante du pied de la malade, qui l'entendait très-bien quoiqu'il parlât tellement bas que les personnes placées entre la tête de la malade et lui ne l'entendaient pas. Le goût et l'odorat étaient nuls quand on cherchait à stimuler leurs organes. L'on pouvait remplir les narines de tabac, d'assa fœtida, placer sous le nez de l'ammoniaque concentrée, du vinaigre radical, sans qu'elle fît aucun mouvement. Mais si l'on plaçait quelques grains de tabac sur la plante du pied ou dans la main, à l'instant elle éternuait; elle toussait quand on présentait le goulot d'un flacon d'ammoniaque à la plante du pied, ce qui n'arrivait pas en versant du même liquide sur la jambe et en l'y laissant jusqu'à la vésication. Cette jeune personne reconnaissait les corps de saveur différente par la seule apposition dans la paume de la main; M. Duvard ne l'a jamais vue se tromper, et il a fait ses expériences avec le sirop diacode, les sirops de vinaigre, de gomme, de capillaire, avec du vin, de l'eau, de l'eau sucrée, de l'eau de fleurs d'oranger, une potion éthérée, de la gelée de groseilles; une ou deux gouttes seulement de chaque liquide suffisaient pour que la malade eût le sentiment positif de la saveur. Du reste il n'y avait pas de transposition du sens de la vue, comme nous l'avons dit, il n'y avait non plus ni clairvoyance, ni seconde vue. Toutes les fois que M. Duvard lui a demandé si elle voyait le siége de son mal, et ce qu'il fallait faire pour la guérir, elle a constamment répondu que non, et que c'était son affaire et non la sienne.

Nous avons rapporté ces faits merveilleux; nous sommes loin de prétendre qu'ils n'ont point été sévèrement observés par M. Duvard; mais nous avons vu tant de faits de simulation que nous engagerons toujours à la plus grande méfiance en

pareille matière. (*Gaz. médicale de Paris*, juin 1842.)

CLINKER (*du*), *nouvel agent thérapeutique*. Un médecin anglais, M. Conway, a appelé de ce nom cette partie dure, lourde, bleuâtre, métallique, qu'on voit dans le résidu de la houille qui a résisté à la combustion dans la forge des serruriers ou des forgerons. Ce médecin attribue à cette substance une propriété tonique et stimulante; il l'a employée, dit-il, avec succès dans les affections chlorotiques, dans les maladies cachectiques. Voici la manière dont le médicament est préparé : les parties les plus bleues, les plus pesantes du clinkor sont réduites en poudre très-fine, ce qui n'est pas aisé; on mêle une certaine quantité de cette poudre avec de la thériaque, de manière à former une pâte ferme, et l'on incorpore 15 grammes de magnésie et autant de gingembre en poudre, à 250 grammes de la pâte; on peut remplacer la thériaque par du miel, et ajouter 2 grammes de peroxyde de fer. On donne au malade, matin et soir, pendant trois jours une cuillerée à thé de cette espèce d'opiat, puis on le laisse reposer trois jours et l'on recommence, et ainsi de suite. Sans ce repos le remède amènerait une trop grande irritation. Ses premiers effets sont de déterminer de la chaleur, de la pesanteur à l'estomac, de la soif, de la sécherosse à la bouche, de la céphalalgie; mais bientôt il y a plus d'appétit et de force, la peau se colore. D'après les expériences faites, le gingembre est nécessaire; sans cette substance, l'électuaire détermine de violentes coliques. — Nous avons dû mentionner ce nouvel agent thérapeutique, quoique la valeur qu'on lui prête soit pour nous très-douteuse. (*Provincial med. and surgical Journal.*)

COMMOTION CÉRÉBRALE *(nature des lésions anatomiques de la).* Une des malheureuses victimes du désastre du 8 mai a succombé à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Blandin, le 18 mai suivant, des suites d'une commotion cérébrale, compliquée de phénomènes nerveux graves survenus à la suite de plusieurs fractures et de larges brûlures qu'il présentait. Ce sujet fut, dès le moment de son entrée, plongé dans un collapsus continu, suivi, dans les derniers jours, d'un délire tranquille, qui dura jusqu'à la mort. Comme on a assez rarement l'occasion de faire des autopsies immédiatement après la commotion, car le plus souvent les malades survivent quelque temps à cet accident morbide, ou même n'y succombent pas, on est généralement peu fixé sur la nature des lésions que cette commotion peut produire dans les centres nerveux. Le fait que nous résumons a donc une assez grande importance. A l'ouverture du crâne, qui n'était point fracturé, on a trouvé les méninges très-injectées et présentant un commencement d'inflammation. En pratiquant des coupes horizontales à la masse cérébrale qui avait sa consistance normale, on a remarqué une foule de points d'un rouge noirâtre, formés par de petits épanchements sanguins, autour desquels la substance cérébrale avait une teinte jaunâtre. On observait ici absolument les mêmes caractères que l'on trouve dans les ecchymoses de la surface cutanée, à la suite d'une contusion un peu forte; ces nuances variaient du violet au jaune verdâtre. Ces petits épanchements ont été évidemment produits au moment où ce malheureux a été lancé, soit hors de la voiture, soit contre le ciel de la voiture même ou contre les voyageurs placés en face de lui. M. Blandin est convaincu que les lésions observées chez ce sujet ont lieu ordinairement dans tous les cas de commotion cérébrale; seulement ces épanchements sanguins, résultat de la rupture des petits vaisseaux, sont quelquefois plus petits et en moindre quantité. Traités à temps par les moyens convenables, ces épanchements, quand ils sont peu considérables, peuvent très-bien être résorbés, et les malades guérir, si l'on prévient le développement de l'inflammation. Il n'y a pas de différence essentielle entre la commotion et la contusion cérébrale, ainsi que les traités dogmatiques de chirurgie l'enseignent; ce ne sont que deux degrés différents d'un même état pathologique; la commotion n'est, pour ainsi dire, que le premier degré de la contusion, et elle peut, à ce titre, en entraîner facilement les conséquences funestes. Chez ce malade, qui est un très-bel exemple de commotion cérébrale à un haut degré, on aurait très-probablement vu survenir de nombreux abcès disséminés çà et là dans toute la masse cérébrale, si la vie du malade eût encore continué quelque temps. (*Gaz. des hôp.*, juin 1842.)

COMPRESSION ABDOMINALE (de la) *comme traitement de quelques symptômes en apparence très-graves.* Le rôle que jouent les muscles des parois abdominales est important; ils servent non-seulement à la défécation, mais encore, par la pression qu'ils exercent sur les intestins, ils diminuent l'expansion des gaz contenus dans le canal alimentaire. Le gaz acide carbonique, qui est sécrété en grande quantité dans l'estomac et dans les intestins, est dissous en grande partie dans les liquides du tube digestif; mais si la compression des parois abdominales vient à cesser, le gaz cesse d'être dissous et se dégage immédiatement. C'est à cette cause qu'on doit rapporter le développement tympanique qui suit quelquefois presque immédiatement un accouchement, ou la paracenthèse dans un cas d'hydropisie ascite; il y a plus, outre le météorisme, la flaccidité des parois abdominales est la source de douleurs très-aiguës dans le ventre, augmentant par la pression, de malaise, d'anorexie; les digestions deviennent d'abord difficiles, puis impossibles; il y a une constipation opiniâtre. Une femme de l'hôpital Necker, accouchée depuis six semaines, se trouvait dans ce cas. L'extrême vivacité des douleurs aurait pu faire croire à une péritonite si la fièvre avait été plus vive. M. Trousseau fit appliquer un bandage de corps bien exactement serré et embrassant tout le ventre; pour aplatir mieux le ventre sans agir sur le thorax ni sur le bassin, il fit placer entre la paroi du ventre et le corset, une grande masse de compresses. La guérison suivit immédiatement, les coliques cessèrent, ainsi que les douleurs d'estomac; la digestion, la défécation devinrent faciles; l'appétit se prononça; au bout de deux jours, il ne restait plus rien de tout cet appareil de symptômes en apparence si graves. (*Gaz. des hôp.*, juin.)

COTON CARDÉ *pour protéger la cornée contre les caustiques portés sur les paupières.* Lorsque dans une ophthalmie purulente on est obligé de cautériser fortement les paupières, l'on s'efforce de protéger la cornée transparente contre l'action consécutive du caustique. Pour cela on absterge les parties avec un pinceau huilé. M. le docteur Mathias Mayor, de Lausanne, propose, comme garantissant mieux la cornée, le coton cardé. Dès qu'il a passé et repassé le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, etc., sur la conjonctive de la paupière supérieure retournée, il fait placer sur les endroits cautérisés un mince tampon de beau coton cardé, qui est poussé et maintenu avec la tête d'une épingle, pendant qu'il abaisse la paupière. Ce coton est ainsi interposé entre l'agent caustique qu'on vient d'appliquer et la cornée qu'on veut protéger. (*J. des Conn. méd.-chir.*, juin.)

CYSTICERQUE *celluleux dans la conjonctive.* Six mois après un coup sur l'œil droit, une petite fille de sept ans présenta à l'angle externe de l'œil droit une tumeur grosse comme la moitié d'une noisette. Cette tumeur indolore, rouge, était placée entre la conjonctive et la sclérotique. Une pommade au nitrate d'argent fut prescrite dans le but d'en déterminer la résolution. Un point de suppuration se manifesta quelques jours après l'emploi de cette pommade. On incisa alors la surface de cette tumeur, et on découvrit une vésicule ronde et du volume d'un pois. Cette vésicule, examinée au microscope après son extraction, permit de reconnaître un cysticerque celluleux, dont on découvrit aisément les quatre suçoirs et la double couronne crochue. (*Wurtemb. correspondentz blatt.*)

DOULEURS (*Calorique en émission, appliqué au traitement des*). Voici un moyen singulier mais fort simple, et qui, à tout prendre, n'est qu'un diminutif du moxa. Ce moyen a été appliqué par M. le docteur Gondret aux différentes douleurs naissantes ou chroniques; il consiste dans l'application sur la partie souffrante d'une allumette soufrée en ignition. Presque toujours ce moyen, suivant M. Gondret, dissipe assez promptement la douleur rhumatismale, goutteuse ou d'une autre espèce; il compare les effets de cette petite flamme à ceux qu'on obtient de l'électricité par la pile de Volta. L'allumette appliquée instantanément sur la peau produit une douleur assez vive qui s'évanouit aussi rapidement qu'elle a été produite; il en résulte une petite brûlure rougeâtre, qui ne laisse pas de trace au bout de quelques jours. Chez quelques sujets, il survient une petite ampoule qui disparaît égale-

ment en peu de temps. (*Bull. de l'Ac. des sciences.*)

DYSSENTERIE ÉPIDÉMIQUE. M. le docteur Mondière a tracé le tableau d'une épidémie de dyssenterie qui a régné à Loudun pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1841. S'il est une vérité démontrée par l'expérience, c'est que le traitement d'une maladie épidémique quelconque doit varier selon le génie épidémique qui a présidé à son développement. Au début, il y a donc pour le médecin une étude à faire relativement aux moyens thérapeutiques qui conviennent le mieux dans l'affection qui se présente actuellement à lui. M. Mondière a suivi ce sage principe. Aussi, dès le commencement de l'épidémie, s'étant convaincu que les sangsues à l'anus ne diminuaient en rien ni la violence des coliques, ni le ténesme, ni la sensibilité abdominale, ni les déjections sanguinolentes, et que ces émissions sanguines amenaient une prostration extrême et rapide des forces, il y renonça entièrement; il renonça également à l'emploi de l'eau albumineuse dont il avait retiré de si grands avantages dans un grand nombre de cas de dyssenteries sporadiques et semi-épidémiques, car dans l'épidémie présente elle n'avait plus aucun bon effet. Les moyens de traitement les plus efficaces dans cette dyssenterie, qui a présenté les symptômes les plus graves et a frappé un grand nombre de personnes, ont été les bains, les opiacés, les astringents et toniques. Les bains ou partiels ou entiers ont été répétés dans quelques cas jusqu'à trois fois par jour, et toujours avec la plus grande utilité; des malades qui depuis trois jours et trois nuits n'avaient pas goûté un seul instant de repos, ont pu dormir dans la baignoire; les coliques se calmaient, les selles devenaient moins fréquentes, les ténesmes moins forts, la sécheresse de la peau diminuait. Mais de tous les agents thérapeutiques, aucun ne s'est montré aussi avantageux que les préparations opiacées; elles ont été pour ainsi dire la base du traitement. A l'extérieur, trois fois par jour, vingt-cinq à trente gouttes de laudanum de sydenham étaient répandues sur les cataplasmes qui recouvraient constamment le ventre. Quinze à vingt gouttes de laudanum entraient dans les demi-lavemens qui étaient administrés aux malades trois, ou même quatre fois par jour. Enfin, une potion ainsi composée était administrée en entier par cuillerées, dans les vingt-quatre heures :

Eau gommeuse édulcorée....	125 gram.
Extrait gommeux d'opium...	10 centig.

L'action de l'opium était admirablement appropriée à la nature du génie épidémique de cette dyssenterie; il a constamment procuré du calme aux malades, diminué la vivacité des ténesmes et l'intensité des douleurs. Après les bains et les opiacés, la médication qui s'est montrée la plus utile a été la médication astringente et tonique. On a eu recours au ratanhia et au quinquina. Le ratanhia a été donné en tisane à la dose de 15 grammes en décoction dans 500 grammes d'eau; il est entré avec le quinquina dans la potion suivante:

Infusion de petit chêne......	125 gram.
Extrait de quinquina........	6 —
Extrait de ratanhia..........	6 —
Sirop de gomme............	30 —

La décoction de ratanhia a été administrée aussi en lavement avec addition de vingt gouttes de laudanum. Cette dernière médication modifiait avantageusement les selles et en diminuait promptement le nombre, résultat que n'obtenaient ni les bains ni les opiacés, qui, eux, étaient dirigés principalement contre l'élément nerveux de cette épidémie. Supprimer les évacuations et remonter les forces, a dû être un des points capitaux de la thérapeutique de cette affection, qui dès son début même se caractérisait par une prostration des plus grandes. Dans cette épidémie de Loudun, non-seulement les émissions sanguines ont été très-pernicieuses, mais même la diète s'y est montrée nuisible. Malgré la vivacité des symptômes abdominaux, la moitié des sujets n'ont pas eu de fièvre; ceux-ci ont pu continuer leurs travaux et se nourrir comme à l'ordinaire; chez les dyssentériques qui avaient la fièvre, de violentes coliques, et jusqu'à vingt ou trente évacuations sanguinolentes par jour, etc., M. Mondière s'est encore très-bien trouvé de permettre des potages gras et maigres, de bon bouillon, et au bout de quelques jours, quand la fièvre avait un peu cédé, il ordonnait les œufs, les viandes blanches, l'eau de riz coupée avec moitié de vin rouge. Chez aucun malade il n'a vu par ce régime la fièvre ni les coliques augmenter, ni les

selles devenir plus fréquentes. Comme il le dit, cela pourrait n'être plus ainsi dans une autre constitution médicale; mais toujours est-il que cette ligne de conduite a été excellente cette fois. (*Revue méd.*, avril 1842.)

DYSPEPSIES (*De la mastication et du choix des aliments dans les*). M. le docteur Lagasquie a fait quelques remarques fort simples, et qui néanmoins ont une certaine importance : c'est qu'un assez grand nombre de dyspepsies ou de gastralgies sont causées ou entretenues par la mauvaise habitude qu'ont les sujets d'avaler le bol alimentaire sans le triturer suffisamment; de là le précepte qu'il établit, de recommander une mastication suffisante et attentive des aliments, et de ne pas manger avec précipitation. Quelque difficile que soit la digestion chez les gastralgiques, la diète est le pis-aller. Il faut les nourrir, mais la difficulté est dans le choix des aliments. Pour cela il faut consulter l'hygiène du malade, ses souvenirs, son expérience personnelle, ses goûts, qu'il y a toujours désavantage à choquer; car il digère beaucoup mieux les aliments qu'il mange avec plaisir. Les aliments qui nourrissent sous le plus petit volume, doivent être préférés; quant à la dose alimentaire, elle peut être subordonnée à l'appétit, mais il faut mettre la plus grande régularité dans les heures des repas, et en faire plutôt quatre que deux. Un fait que M. Lagasquie a observé et qu'il signale, c'est qu'une des causes les plus ordinaires de la lenteur et du malaise des digestions des gastralgiques, se trouve dans la quantité de pain qu'ils mangent. Il leur recommande d'en user très-sobrement et de ne pas le manger tendre. Les gastralgies asthéniques sont les plus communes. Un régime éminemment avantageux est l'usage progressif de beaucoup de viande, principalement rôtie ou bouillie, et de boissons toniques telles qu'un peu de vin de Bordeaux, enfin de substituer graduellement l'habitude anglaise à l'usage français; même dans ces cas il faut recommander de longs exercices journaliers au grand air; ils dissipent le superflu de la nutrition et développent le besoin très-réel de se sustenter. Tous ces conseils sont sans préjudice du traitement pharmaceutique qu'il est bon dans quelques cas d'ajouter. (*Rev. méd.*, mai 1842.)

EPILEPSIE (*Bleu de Prusse contre l'*). M. le docteur Jansion a publié quelques détails sur l'usage du bleu de Prusse contre l'épilepsie; il prétend que l'emploi de ce médicament fait cesser les accès. A cet effet, l'hydrocyanate de fer est administré à la dose de 15 milligrammes (un peu plus d'un tiers de grain), le matin et le soir, en augmentant progressivement de 10 milligrammes (un cinquième de grain) tous les trois jours, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 10 centigrammes (deux grains) deux fois par jour.

Pendant tout le temps que dure l'administration de cet agent, le malade fait usage à l'intérieur d'une infusion de valériane.

Ce traitement, que l'on doit continuer jusqu'à ce que les attaques épileptiques aient complétement cédé, doit ensuite être repris tous les trois mois, pendant cinq à six ans, pour prévenir les rechutes. (*Journ. de chim. méd.*, juillet 1842.)

— Bien qu'il ne soit que trop malheureusement vrai que l'épilepsie constitue une de ces tristes affections contre lesquelles viennent s'émousser tour à tour les armes diverses qui composent notre arsenal thérapeutique, faut-il pour cela n'avoir recours qu'à des agents médicaux d'une action à peu près nulle pour la combattre? Non, sans doute! Pourquoi, donc en pareille occurrence, s'adresser à des substances aussi peu actives que l'indigo ou le bleu de Prusse par exemple? Qui est-ce qui a pu guider le praticien dans le choix de ces deux substances? Est-ce par analogie de couleur qu'on les a préconisées tour à tour? On serait véritablement tenté de le croire.

Le temps a déjà fait justice des prétendues vertus anti-épileptiques de l'indigo, et tout me porte à penser qu'il en sera de même du bleu de Prusse. Voici du reste le résultat de quelques recherches analytiques tentées dans le but d'apprécier l'action thérapeutique de ce composé chimique. Selon moi, le bleu de Prusse commercial, c'est-à-dire celui qui renferme une proportion marquée d'oxyde de fer, doit avoir sur l'économie une action analogue à celle de tous les sels de fer en général; quant au bleu de Prusse pur, qui est celui auquel on donne la préférence en médecine, je crois ses propriétés médicales douteuses, et mes expériences de laboratoire me

donnent au moins le droit d'engager les praticiens à vérifier avec soin par l'observation clinique l'assertion thérapeutique du docteur Jansion. Ce composé ne jouit certainement pas de propriétés aussi énergiques que ce praticien le pense, si l'on en juge du moins par les faibles doses auxquelles il l'administre.

MIALHE.

FIÈVRE NERVEUSE (*L'épidémie de Strasbourg et d'Avignon, signalée comme une méningite, doit être considérée comme une*). Une épidémie brusque dans ses attaques et foudroyante dans sa marche a sévi sur plusieurs points de la France et y a fait de nombreuses victimes. Deux médecins distingués ont publié presque en même temps dans la *Gazette médicale* (avril et mai 1842) et dans la *Revue médicale* (mai 1842), la relation de la maladie telle qu'ils l'ont observée, l'un, M. le professeur Forget, à Strasbourg, l'autre, M. Chauffard, à Avignon. Tous deux sont partis des lésions anatomiques trouvées à l'autopsie pour dénommer la maladie, qui pour le premier est une *méningite encéphalo-rachidienne*, et pour le second une *cérébro-spinite*. Il est facile, du reste, de se convaincre par la lecture des deux mémoires, que ces deux épidémies ont été une seule et même maladie. M. Cayol, après avoir étudié les symptômes, la marche de l'affection, et surtout l'action des agents thérapeutiques employés, veut établir que l'épidémie n'a point été considérée sous son véritable point de vue médical. Il ressort un trop grand enseignement de la discussion soulevée par M. Cayol, pour que nous n'arrêtions pas un instant l'attention de nos lecteurs sur ce sujet. Traçons à grands traits la marche de cette épidémie, telle que la montre M. Chauffard. Les malades sont frappés subitement et presque sans prodromes; les principaux symptômes semblent se rapporter à une lésion du cerveau et de la moelle épinière; ce sont une céphalalgie violente, une rachialgie vive, continue, l'opisthotonos, le typhus, le coma, un délire furieux ou une rêvasserie tranquille, la stupeur, la fixité du regard, la dilatation des pupilles, la contraction douloureuse des muscles de la face, le vomissement, la petitesse, la lenteur, l'irrégularité du pouls. Pour combattre ces accidents formidables on emploie les traitements les plus énergiques, les saignées générales et locales, réitérées et largement faites, les applications froides sur la tête, les purgatifs répétés, les révulsifs cutanés à la nuque, au rachis, partout, tels que vésicatoires, moxas; le camphre, le musc, les frictions mercurielles, etc... Mais, ô terreur! cette affection est fatale pour tous les malades, en dépit de toute méthode; ils meurent foudroyés, quelques-uns en moins de quarante-huit heures, le plus grand nombre avant la fin du premier septenaire. Trente malades d'une première série sont traités par M. Chauffard par ces méthodes présumées rationnelles au point de vue de l'anatomisme : *vingt-neuf* sont morts, *un* seul malade a échappé. On le conçoit, notre honorable confrère était désespéré de l'impuissance de son art, il réclamait partout des lumières. Enfin il trouve un modificateur assez puissant pour arrêter ces sidérations de l'arbre cérébro-spinal. Et quel est cet énergique médicament? Celui qui, théoriquement, au point de vue de l'école anatomique, devait être le plus contraire, un agent proscrit par les idées classiques de cette école, dans les phlegmasies, et principalement dans celles de l'encéphale : cet agent souverain, c'est l'opium. A peine M. Chauffard a-t-il eu employé l'opium, qu'il a dû déplorer ses fausses idées de localisation de la maladie. Il s'attendait à voir la somnolence augmenter, l'engorgement cérébral s'aggraver : au contraire, ils diminuent sensiblement. Il renonce dès lors à d'inutiles saignées; l'opium est rapidement porté à 30, 40, 50, 75 centigrammes et davantage dans les vingt-quatre heures; il le prescrit dans tous les cas, dès le premier jour, quels que soient les symptômes et le tempérament; aussitôt la mortalité fléchit, et les cures se font plus nombreuses à mesure qu'il devient plus hardi. Tout échouait sans l'opium, avec lui tout réussit.

Est-il rien de saisissant comme ce simple exposé? Est-il possible de méconnaître que c'est à l'opium qu'est dû le changement inespéré qui s'est opéré dans la maladie, surtout quand M. Forget, à Strasbourg, lui a reconnu une égale efficacité, et que tout en avouant que les effets de l'opium dans cette affection déroutent ses idées classiques, il regrette que l'inspiration de son emploi ne

lui soit venue qu'à la fin de l'épidémie, car il aurait sauvé un plus grand nombre de malades?

MM. Forget et Chauffard n'ont eu pour point de mire dans leur traitement que la lésion cérébro-spinale, que tant d'autopsies leur présentaient. Pour M. Cayol, et nous sommes tout à fait de son avis, ces lésions n'étaient point la maladie essentielle, et le résultat l'a prouvé; celle-ci était une fièvre nerveuse dont les affections du cerveau et de la moelle épinière ont été la conséquence. L'emploi de l'opium, cette médication héroïque dans les cas semblables, n'est pas une découverte, c'était l'indication qu'ils avaient à remplir si leur pratique n'avait pas été circonscrite dans les théories étroites de l'anatomisme. Le diagnostic *médical* ou *thérapeutique* n'est pas le diagnostic *anatomique*. Celui-ci peut bien nous apprendre la lésion locale, mais ne nous dit pas dans une fièvre, dans une épidémie, quel est le génie pathologique qui domine la pneumonie, la pleurésie, la méningite, etc.; en bonne médecine, il ne nous apprend pas s'il faut saigner, purger, donner du quinquina, de l'opium, ou combiner ensemble plusieurs de ces médications. Ces lumières nous sont fournies par le diagnostic médical qui, par des considérations plus élevées, tirées du tempérament, des causes, des maladies antérieures, et surtout de la constitution médicale, établit la nature de la maladie, la *diathèse* à laquelle répond tel ou tel modificateur thérapeutique. M. Cayol cite à l'appui de son jugement six observations remarquables de fièvres nerveuses guéries par l'opium. Ces fièvres étaient: 1° avec métro-péritonite; 2° avec pleurodynie; 3° avec choléra-morbus; 4° avec délire chez un ivrogne; 5° avec cécité et trismus. Ces six maladies étaient tout à fait différentes sous le rapport du diagnostic anatomique, mais tout à fait analogues sous le rapport du diagnostic thérapeutique ou médical. L'opium a opéré avec la même efficacité dans les six cas, parce que c'était la même nature de fièvre, et qu'il y avait la même indication thérapeutique à remplir.

HÉMORRHAGIE NASALE. *Nouveau moyen hémostatique.* Quelque singulier que puisse paraître le moyen hémostatique suivant, il est de notre devoir de le signaler aux praticiens, puisqu'il est proposé par un confrère honorable, M. le docteur Négrier, d'Angers, qui apporte d'ailleurs à son appui la meilleure recommandation, celle de l'expérience et de faits nombreux. Laissons parler l'auteur lui-même. « Je place le malade la tête haute; avec l'index d'une main je comprime la narine d'où coule le sang, et pendant ce temps je lui fais relever perpendiculairement le bras correspondant à la narine; je lui recommande de le maintenir ainsi pendant deux minutes. »

M. Négrier a recueilli dix observations qui lui prouvent l'infaillibilité du moyen hémostatique qu'il conseille.

Quant à l'explication qu'il en donne, elle repose tout entière sur les lois dynamiques de la circulation.

« En supposant, dit-il, que la force de l'agent d'impulsion du sang à l'extrémité céphalique puisse être représentée par 6 lorsque les bras sont dans leur situation naturelle, situation telle que la circulation s'y effectue en partie par les lois de la pesanteur, cette force d'impulsion diminuera nécessairement, le bras étant maintenu parallèle au tronc; elle diminuera pour la tête de tout ce qu'elle dépensera à élever dans le membre thoracique, et jusque dans les doigts, la colonne sanguine mue contre son propre poids.

On comprendrait alors comment la circulation capillaire de la tête s'opérerait avec plus de lenteur. (*Arch. générales de médecine*, juin 1842.)

HÉMORRHAGIES UTÉRINES *traitées avec succès par le tannin.* Le tannin est un médicament sur la valeur duquel on est loin d'être d'accord; c'est par les faits que son efficacité peut être définitivement jugée; aussi laisserons-nous parler l'observation.

I. Hémorrhagie utérine intermittente, durant depuis huit mois chez une jeune fille de vingt et un ans.

Le tannin fut administré pour une dernière perte qui durait depuis dix heures.

Prescription :

Tannin. . . . . 7 centigram.
Extr. gom. d'opium. . . . . 5 centigr. }
Conserve de roses q. s. pour 30 pilules.

Une pilule par heure. A la septième, l'hémorrhagie s'arrêta; on les continua de trois heures en trois heures.

Depuis, la personne a été parfaitement réglée.

II. Perte très-abondante chez une femme grosse de trois mois. Vainement combattue par l'eau froide, le vinaigre, et le tamponnement, elle céda à l'emploi du tannin.

Prescription :

Tannin	2 gram.
Extrait d'opium.	5 centigr.
Conserve de roses q. s. pour 22 pilules.	

Une par heure. La femme s'endormit; à la sixième, trois heures après, l'hémorrhagie était presque arrêtée. Le lendemain plus de perte. Cette femme est actuellement grosse de six mois, et sent très-bien les mouvements de son enfant.

Dans le mémoire de M. Dumarc, de Montpellier, auquel nous empruntons ces deux faits, il s'en trouve trois autres qui confirment la puissance hémostatique du tannin.

Dans un cas de perte à six mois de grossesse, la femme étant dans un tel état d'affaiblissement qu'on ne put pas songer à lui faire prendre des pilules, on substitua à celles-ci la potion suivante :

Prenez :	
Eau de cerises noires.	96 gram.
de fleurs d'oranger. . . .	16 gram.
de tilleul	48 gram.
Tannin pur	60 centigr.
Sirop diacode.	48 gram.

On fut obligé de se servir d'un entonnoir pour faciliter la déglutition. La malade put conduire sa grossesse à terme sans hémorrhagie nouvelle. (*Journal de la Soc. de méd. de Montpellier*, juin.)

HÉRÉDITÉ *de certains vices de conformation.* M. le docteur S. Picard a recueilli un exemple fort curieux de la transmission héréditaire de plusieurs vices de conformation. Il s'agit de l'enfant mâle d'un paysan du département de Seine-et-Oise, nommé Duchatel, né le 9 mars 1839, et qui a apporté en naissant de nombreuses anomalies de conformation en tout semblables à celles de son père. Ainsi le père avait un bec de lièvre double, l'enfant a un bec de lièvre double. Le père a depuis sa naissance un ectropion de la paupière supérieure des deux yeux; le fils a hérité de cette difformité. Duchatel père a les doigts annulaire et auriculaire soudés à l'une et l'autre main, la même disposition s'observe chez l'enfant. Duchatel père n'a au pied droit que deux orteils, le premier et le dernier; le pied droit de l'enfant n'a également que le premier et le dernier orteil. (*J. des Conn. méd.-chir.*, juin.)

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE *ouvert avec le caustique de Vienne et le trocart.* Il faut que les praticiens apprennent toutes les tentatives de l'art. Un peintre en bâtiments, âgé de 25 ans, entra dans les premiers jours de janvier 1842 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Cruveilhier; il fut constaté qu'il portait un kyste hydatique énorme, occupant tout l'hypocondre droit. Ce kyste, six mois auparavant, n'avait que le volume d'un œuf. L'état du malade était mauvais, les forces nulles, il n'y avait pas d'ictère. Le 9 janvier, on applique sur la tumeur, au niveau de l'ombilic et trois pouces en dehors, de la pâte de Vienne, dans une étendue de la grandeur d'une pièce de 2 francs. L'escharre tombe le 17 sans ouvrir le kyste; le 20 nouvelle application. Le 26 l'escharre est tombée et la poche n'est pas ouverte. On enfonce un trocart dans ce point, et l'on donne issue à trois litres d'une sérosité légèrement citrine sans acéphalocystes. Pendant un mois et demi, le malade fut assez bien et sortit de l'hôpital; mais le kyste se remplit de nouveau et les accidents se reproduisent. On ouvre de nouveau avec le trocart, et il en sort un litre de pus et des débris d'hydatides. Le pus qui sort spontanément ensuite rend une odeur fétide; un dévoiement colliquatif se développe, et le sujet meurt dans le marasme le 4 juin dernier. A l'ouverture, on a trouvé la portion droite du foie énorme et deux kystes au lieu d'un. Celui qui avait été ouvert aurait contenu une tête d'adulte, et en arrière, l'autre, dont on n'avait pas soupçonné l'existence, avait le volume d'une tête de fétus. Le premier contenait du pus et des débris d'hydatides; le second était également rempli de membranes hydatiques et d'une seule hydatide intacte de la grosseur d'une noix. (*Gaz. des Hôp.*, juin 1842).

LIQUEUR D'OPIUM *acétique de Houlton.*

Pr. opium pur..............	63 gram.
Acide acétique concentré....	29 —
Eau distillée................	263 —

Faites digérer pendant quatre jours et filtrez.

Chaque quatre gouttes de cette teinture représente 5 centigrammes (1 grain) d'opium.

M. Buchner père, à qui l'on est redevable de la publication de cette formule, assure que l'action de ce vinaigre est si remarquable, que des médecins qui l'ont expérimenté dans leur pratique ne peuvent assez le louer.

Il calme et apaise les mouvements spasmodiques et les douleurs; il procure du sommeil, mais sans occasionner de constipation, comme il arrive après l'usage de l'opium pur et des autres teintures de cette substance.

On le prescrit à la dose de deux à huit gouttes dans une potion. (*Jour. de chim. méd.*)

— Nous avons été dernièrement à même de préparer la liqueur opiacée de Houlton, et voici les caractères qu'elle nous a présentés : c'est une liqueur d'un brun rougeâtre foncé, offrant à un haut degré tous les caractères *organoleptiques* qui sont propres à l'opium brut lui-même. Ces caractères nous semblent peu propres à donner la raison des effets presque merveilleux qu'on se plaît à accorder à cette nouvelle préparation thébaïque, à moins que l'on n'admette, contrairement aux idées actuellement reçues, que l'action médicale de l'opium résulte, non d'un ou de plusieurs de ses principes chimiques pris isolément, mais bien de l'ensemble de leur réunion totale; auquel cas la liqueur de Houlton devrait occuper le premier rang entre toutes les préparations d'opium, attendu qu'elle renferme très-certainement tous les principes actifs de cette précieuse substance. C'est donc à l'observation clinique seule qu'il appartient d'assigner à cette nouvelle composition pharmaceutique le rang qu'elle doit occuper. MIALHE.

LUXATION INCOMPLÈTE *de l'extrémité supérieure du radius en avant.* Dès l'année 1837, M. Goyraud, d'Aix, publia dans la *Gazette médicale* un travail sur cette forme de luxation, qui n'est décrite dans aucun traité de chirurgie, et dont Boyer contestait la possibilité. Très-commune, au dire de M. Goyraud, chez les enfants de dix-huit mois à trois ans, elle se produit lorsque l'enfant, venant à perdre l'équilibre en marchant, on le retient par la main; le membre placé en pronation supporte ainsi tout le poids du corps. Il en résulte une déduction des surfaces articulaires que ne saurait prévenir le ligament latéral externe, non plus que les muscles faibles et peu développés à cet âge. Cette déduction une fois opérée, l'extrémité articulaire du radius est portée en avant par le muscle biceps, en même temps qu'elle est tirée en haut par tous les muscles qui du bras vont à l'avant-bras et à la main, et est ainsi fortement appliquée contre la petite tête de l'humérus.

Les signes de ce déplacement, jamais bien considérable, puisque la forme du coude n'est pas même changée, sont une douleur vive avec immobilité complète du membre, qui n'offre d'ailleurs aucune difformité appréciable. La main est fortement en pronation, et ne peut être ramenée en supination; l'avant-bras, au quart de flexion sur le bras, repose sur le ventre, les doigts un peu fléchis. Présente-t-on quelque chose à l'enfant, il le saisit toujours de l'autre main.

La réduction est facile : le chirurgien embrasse de la main gauche le coude, appuyant le pouce sur la tête du radius; de la main droite, il étend l'avant-bras par une traction qui porte plus spécialement sur le radius, ramène la main en supination; puis, repoussant avec le pouce la tête du radius en arrière, il fléchit brusquement le coude : au même instant un bruit caractéristique est déterminé par le rétablissement des rapports normaux des surfaces articulaires.

L'expérience a démontré à M. Goyraud l'inutilité de tout appareil à la suite de la réduction. Immédiatement après, l'enfant se sert de son membre sans accuser la moindre douleur. Aussi cette luxation n'a-t-elle rien de grave. Lors même qu'elle est méconnue, ce qui arrive souvent, les surfaces osseuses se rétablissent dans leurs rapports naturels dès que le spasme musculaire a cessé; autrement, dit M. Goyraud, on ne pourrait expliquer l'absence de toute difformité articulaire consécutive. C'est à cette luxation du radius en avant, que le même observateur rapporte les phénomènes décrits par MM. Gardener, *the London medical Gazette*, 1837, et Rendu, *Gaz. médicale*, mai 1841, comme étant produits par une pronation forcée, dans laquelle

la tubérosité bicipitale du radius, portée en arrière, aurait franchi le bord externe du cubitus. M. Goyraud s'est assuré sur le cadavre, que chez les enfants l'espace inter-osseux est trop large pour que la tubérosité bicipitale du radius puisse toucher le bord correspondant du cubitus, et s'opposer ainsi au retour de la main en supination. La pronation d'ailleurs n'est pas aussi forte dans ce déplacement qu'elle le serait si cette tubérosité bicipitale était engagée derrière le cubitus. Enfin, chez deux enfants présentant ce déplacement, M. Goyraud a ramené la main en supination, sans faire l'extension, et la réduction n'a pas eu lieu, ce qui serait infailliblement arrivé s'il ne se fût agi que d'un déplacement de la tubérosité bicipitale. (*Annales de la chirurgie*, juin.)

MENSTRUATION (*Influence de la phthisie sur la*). Dans sa Monographie sur la menstruation, couronnée par l'Académie de médecine, M. Raciborski a confirmé par de nouvelles observations le fait, connu du reste, mais non suffisamment précisé, de l'influence de la phthisie pulmonaire sur la cessation de la menstruation. Sur 44 malades présentant la phthisie à divers degrés, il a noté chez 38 l'aménorrhée. De l'étude attentive de tous ces malades, il résulte en moyenne que dans l'affection tuberculeuse qui suit une marche ordinaire, et qui offre dans l'espace de quelques mois les signes du ramollissement, la suppression des règles arrive généralement vers le quatrième mois de la maladie, et le plus souvent, comme le dit M. Louis, au début de la fièvre hectique. Il y a une grande différence entre l'influence qu'exercent sur la menstruation la phthisie et les différentes formes de catarrhe chronique. La première donne presque constamment lieu à l'aménorrhée; les affections purement catarrhales occasionnent rarement des suppressions permanentes des règles. Ce caractère distinctif pourrait par conséquent servir de moyen de diagnostic dans certains cas où les signes physiques ne suffiraient pas pour décider la question. Quant à l'influence de la menstruation sur la phthisie, M. Raciborski ne pense pas, quoi qu'on en ait dit, et nous sommes de son avis, qu'on puisse citer un seul exemple bien authentique de phthisie pulmonaire jugée par l'évacuation menstruelle. (*Gaz. méd. de Paris*, juin 1842).

PARALYSIE CONVULSIVE. Il est une névrose des mouvements sur laquelle Parkinson, médecin anglais, a attiré le premier l'attention en 1817, et qu'il a désignée sous le nom de paralysie convulsive. Cette affection n'est pas la chorée, mais elle s'y rapporte; elle n'est pas le délire tremblant, ni le tremblement par intoxication métallique de plomb, de mercure, etc. : les antécédents des sujets peuvent l'établir. Le tremblement sénile constitue un des degrés, mais peu avancé de cette paralysie. Parkinson a placé le siége organique de cette maladie dans la partie cervicale de la moelle épinière, qu'il a trouvée durcie dans un cas ; mais des observations ultérieures sont nécessaires, car cette autopsie est la seule qui ait été faite. Un médecin allemand, M. Canstatt, a publié dans le *Correspondentz Blatt*, trois observations de cette rare maladie: chez un soldat belge, l'affection consistait dans un mouvement convulsif de soulèvement et de dépression du tronc, qui cessait quand il se couchait ou s'asseyait. L'agitation convulsive intéressait surtout la tête et les mains chez un chirurgien de 70 ans; dès qu'il cherchait à soulever les mains, elles entraient dans des mouvements cloniques involontaires comme si elles voulaient frapper ; la démarche était vacillante. Enfin, une meunière de 60 ans, qui avait eu deux apoplexies, ne pouvait plus se tenir debout tranquille ni marcher en ligne droite, elle vacillait d'un côté à l'autre, et paraissait boiter des deux jambes.

Les symptômes généraux de la paralysie convulsive sont les suivants : les premiers accidents sont un sentiment de faiblesse, tendance à trembler soit avec la tête, soit avec les bras ou les mains; les malades se souviennent rarement du début de ces accidents, qui augmentent progressivement; plus tard, d'autres parties s'affectent, le sujet ne peut tenir l'équilibre en marchant; à la fin le corps entier est agité, toutes ses parties sont dans un mouvement continuel, les malades ne peuvent plus rien tenir, ni faire un mouvement assuré, ni écrire, ni manger; et on est obligé de leur mettre les aliments dans la bouche. Ce tremblement est quelquefois maîtrisé par

la volonté, mais il se reproduit bientôt; les malades ne peuvent marcher tranquillement, leur démarche se transforme en un sautillement involontaire; excepté à son plus haut degré, l'agitation cesse pendant le sommeil; les muscles masticateurs et ceux qui servent à la parole s'affectent; les malades bégayent et mâchent difficilement; la maigreur survient, les forces s'épuisent, les facultés intellectuelles s'affectent, la paralysie s'empare des organes de la déglutition, enfin la mort arrive précédée du délire. Tel est le tableau des symptômes généraux de la paralysie convulsive. Ce qu'il y a à remarquer, c'est que la sensibilité n'y est pas diminuée et que la paralysie se borne à l'action musculaire. Quant au traitement, il est nul et sans effet chez les personnes âgées ou dans le cas d'affections organiques; chez les sujets plus jeunes, les indications sont de combattre les congestions sanguines cérébrales, puis d'employer les vésicatoires ou le cautère actuel le long de la colonne vertébrale. Les bains avec l'hydrosulfure de potasse, qui ont très-bien réussi dans la chorée, à l'Hôpital des Enfants, entre les mains de M. Baudelocque, ont été employés avec succès par M. Canstatt chez le chirurgien dont nous avons mentionné le cas. (*Gaz. médic. de Strasbourg*, juin 1842.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*Influence du tabac sur la*). Dieu veuille qu'il nous arrive un jour un moyen médicamenteux ayant la propriété d'agir sur le développement des tubercules pulmonaires! Tous les essais, toutes les prétendues découvertes à cet égard, sont bientôt, on le sait, réduites à néant. Voici encore un agent prophylactique et curatif qui est annoncé; il en sera probablement de celui-ci comme des autres. Un médecin honorable de Strasbourg, M. le docteur Rucf, signale les émanations du tabac, arrivant dans les poumons chez les ouvriers des manufactures, comme ayant une influence salutaire sur la phthisie; il recueille des matériaux pour établir la vérité de ce fait, dont il est convaincu par plus de six ans d'observations, et il demande que les médecins des divers points de la France portent leur attention sur ce sujet. M. Ruelf assure que la phthisie est rare parmi les ouvriers qui sont employés depuis leur jeunesse à la manipulation des tabacs, et que cette maladie fait des progrès beaucoup moins rapides qu'à l'état ordinaire chez ceux qui apportent dans les ateliers un germe déjà développé. (*Gaz. méd. de Strasb.*, juin 1842.)

RÉUNION *d'une partie de la face complétement séparée, par M. Odeph., D. M. à Luxeuil.* La nommée Mourey, âgée de cinquante ans, reçut un coup de corne de vache qui pénétra dans la bouche, jusque derrière les fosses nasales, et arracha d'un coup, en venant ressortir au-dessus de la racine du nez, tous les os et toutes les parties molles qui concourent à la construction du nez, des fosses nasales, de la voûte palatine, du maxillaire supérieur, de la paroi interne des deux orbites. Toute cette masse ne tenait plus que par un très-léger lambeau de peau de quelques millimètres d'épaisseur vers la commissure droite des lèvres; il y avait là une ouverture hideuse à voir. Notre confrère croyant la malade perdue, tenla, dit-il, un *replâtrage;* il lava cette masse charnue et osseuse en respectant le petit lambeau, et replaça du mieux qu'il put les diverses parties dans leur place naturelle, puis il maintint le tout par quelques points de suture et plusieurs bandes agglutinatives. Aucun accident ne s'est manifesté, la cicatrisation des parties molles était faite le dixième jour; la consolidation des parties dures demanda deux mois. Il y a deux ans que l'accident est arrivé, cette femme n'a pas d'altérations notables dans la forme de la figure. (*J. des Conn. méd.-chir.*, juin.)

SEIGLE ERGOTÉ (*Sur les principes actifs du*). Nous trouvons dans l'*Histoire médicale et toxicologique* du seigle ergoté par M. Bonjean, quelques particularités qui contredisent les idées généralement reçues, touchant ce médicament, et qui par cela même doivent être enregistrées, en prévenant toutefois qu'elles méritent vérification. Ainsi l'ergot à cassure blanche est tout aussi énergique que l'ergot à cassure violette; le seigle ergoté, vieux, piqué ou vermoulu, pulvérisé et exposé à l'air depuis longtemps, ne perd rien de ses propriétés médicales et vénéneuses, et il est, selon cet auteur, inutile de prendre tant de

soins pour sa conservation. M. Bonjean a reconnu dans le seigle ergoté deux principes actifs distincts, un remède et un poison; le premier est un extrait mou, rouge brun, très-soluble dans l'eau froide, possédant au plus haut degré les précieuses propriétés obstétricales et hémostatiques; l'autre est une huile fixe qu'il faut extraire par l'éther froid pour qu'elle ait ses propriétés énergiques. Plus de cinquante observations recueillies par des médecins éclairés de Chambéry, établissent (quoique le docteur Wrigt ait voulu prouver précisément le contraire, *Journ. de pharm.* juillet 1841), que dans le seigle ergoté l'huile est le poison, et l'extrait aqueux le remède. Quelle que soit la dose, et il a été pris à celle de 8 grammes dans des métrorrhagies foudroyantes, suite d'avortement, ce qui représente 36 à 40 grammes de seigle ergoté, cet extrait n'a jamais causé, suivant M. Bonjean, la moindre action nuisible.

— Nous avons vu l'extrait de seigle ergoté à la pharmacie de M. Mialhe, place des Italiens. Cet extrait, préparé par digestion dans de l'eau à 80 degrés, puis évaporé au moyen de la vapeur jusqu'à consistance pilulaire, comme tous les extraits devraient l'être, possède très-bien toutes les propriétés indiquées par M. Bonjean. L'extrait de M. Mialhe est seulement plus actif, car il n'a pu obtenir en extrait qu'un dixième du poids du seigle ergoté, au lieu d'un cinquième comme M. Bonjean. Ainsi 5 centigr. d'extrait de M. Mialhe représentent 50 centigrammes de seigle ergoté, au lieu de 25 centigrammes.

TUMEUR ÉRECTILE, *traitée par un procédé nouveau.* C'est à la méthode par transformation qu'appartient ce procédé tout récemment mis en usage par M. Bérard.

Ce chirurgien, dans le but de provoquer une vive inflammation dans la tumeur, et d'obtenir plus sûrement ainsi l'oblitération des vaisseaux sanguins qui la constituent, propose d'utiliser les trous faits par les épingles, en injectant dans plusieurs d'entre eux une liqueur irritante. On enfonce dans la tumeur un nombre de grosses épingles proportionné à son volume; au bout de cinq à six jours on les retire, et on pousse immédiatement dans les trajets qu'elles se sont creusés une injection irritante. Pour cette injection, M. Bérard adapte à une seringue en verre un siphon en platine du calibre d'une grosse épingle. On reconnaît à la sortie du liquide, entre le siphon et l'orifice du trajet, que la liqueur l'a parcouru dans toute son étendue. La liqueur employée par l'auteur de ce procédé, est le nitrate acide liquide de mercure.

Le résultat de cette injection est une inflammation phlegmoneuse; au bout de quelques jours on voit le pus sortir par les trous des épingles, ou par des ouvertures spontanées.

Il reste presque toujours, dit M. Bérard, des points suspects qui exigent une seconde application du moyen.

L'observation relatée par M. Bérard, à l'appui de ce procédé, nous apprend que chez la malade affectée d'une tumeur érectile à la lèvre, l'inflammation fut excessive au point de produire la gangrène sur quelques points. La malade fut prise, le soir même de l'opération, de vomissements opiniâtres. La maladie a d'ailleurs récidivé deux mois après.

Si l'idée de ce procédé est théoriquement ingénieuse, il faut avouer qu'elle est on ne peut plus fautive dans son application. Il était facile de prévoir ce qui est arrivé, en tenant compte des propriétés toxiques du médicament mis en usage. Ne sait-on pas qu'il a quelquefois suffi d'une cautérisation un peu trop étendue à la surface d'un ulcère cutané, faite avec le nitrate acide liquide de mercure, pour donner lieu à des symptômes d'empoisonnement? *A fortiori* cela devait être en injectant si imprudemment ce liquide dans des tissus essentiellement vasculaires, et par conséquent on ne peut plus favorables à l'absorption.

Il faudra donc, pour que cette innovation soit définitivement acceptée en pratique, que l'on substitue au sel mercuriel un autre liquide irritant, qui n'en ait pas les graves inconvénients. (*Gaz. méd. de Paris*, juin.)

TUMEURS FONGUEUSES *des deux mamelons, inoculées par l'allaitement d'un agneau.* L'on s'est beaucoup occupé dans ces dernières années des affections transmissibles des animaux à l'homme. Cette étude offre en effet la plus grande importance, et tous les faits qui peuvent la servir doivent être soigneusement enregistrés.

Il se développe quelquefois dans

la bouche des agneaux, et plus tard sur les lèvres, une éruption de boutons, une espèce de muguet appelé *muguet noir des agneaux*; cette affection peut subir une dégénérescence fongoïde, et l'on a vu sur les lèvres de ces animaux des tumeurs, de véritables fongus de la grosseur d'une noisette, et même d'un œuf de poule quand l'affection a été abandonnée à elle-même. La femme Ségala, âgée de 29 ans, de Saint-Guilhem-le-Désert, accoucha le 20 décembre 1840 de son quatrième enfant, qui mourut quelques jours après sa naissance. Cette femme ne voulant pas faire passer rapidement son lait, qui était abondant, confia la succion de ses mamelles à un agneau qui venait de naître, méthode quelquefois en usage dans les montagnes : au bout de quinze jours il survient à chaque mamelon de la rougeur, une chaleur cuisante augmentant par la succion. On aurait dû cesser ce mode d'allaitement, car la bouche de l'agneau était déjà malade depuis plusieurs jours. A des taches d'un rouge plus ou moins foncé, à des boutons miliaires violacés ou d'un blanc sale sur le tissu gengival et à la face interne des joues de l'animal, avaient succédé à la partie apparente et extérieure des lèvres, de l'inférieure principalement, des tumeurs pédiculées plus grosses qu'un fort pois chiche, d'un caractère fongoïde, saignant au moindre contact, et s'épanouissant sous forme de champignon ; tel était l'état de la bouche de l'agneau, lorsqu'au bout d'un mois on éloigna, mais trop tard, ce contact impur des mamelons de la femme. Mais le mal chez celle-ci était déjà trop considérable; à la rougeur, à la cuisson dont nous avons parlé, avaient succédé des taches, des boutons livides, grisâtres, qui, comme chez l'agneau, prirent le caractère fongueux, et se pédiculèrent à leur base; en six ou sept jours ils acquirent les uns la grosseur d'un pois chiche, d'autres celle d'un grain de raisin; ils saignaient au moindre attouchement. Enfin le 21 janvier, moins d'un mois après le commencement de l'allaitement de l'agneau, sept boutons fongoïdes existaient au sein gauche; envisagés dans leur ensemble, ils avaient la grosseur d'une poire ordinaire. Trois tumeurs existaient seulement au sein droit; elles avaient commencé huit jours plus tard, aussi ensemble n'avaient-elles tout au plus que le volume d'une amande. Ce n'est que le 9 février 1841 que la malade fut confiée aux soins du docteur Nozeran. A cette époque, la tumeur du mamelon gauche offrait 85 millimètres (3 pouces) de diamètre, et 40 millimètres à son pédicule; la tumeur de droite avait le volume d'une noix. M. Nozeran a présenté cette malade à Montpellier à M. le professeur Dubreuil, et aux docteurs Quissac et Nespoulous. La femme s'étant refusée à l'extirpation par le bistouri, il a employé, le 11 février, pour l'enlèvement des tumeurs, la ligature des pédicules au moyen d'un cordonnet de soie, en même temps qu'il a détruit la masse des tumeurs par l'application répétée et journalière du caustique de Vienne. Le 10 mars, la cicatrisation était complète, solide, et presque pas apparente, et le 12, la malade partait pour son village, parfaitement guérie. Elle est accouchée, depuis, d'un enfant à terme, qu'elle nourrit elle-même en ce moment, sans qu'on remarque aux seins aucun symptôme. (*Jour. de la Soc. de méd. prat. de Montp.*; juin 1842.)

URÉTRITE (*Seigle ergoté dans certains cas d'*). M. le docteur Desruelles, médecin du Val-de-Grâce, signale les avantages qu'il a retirés, chez plusieurs malades, de l'administration de l'ergot de seigle dans certaines urétrites intenses siégeant dans les portions prostatiques et membraneuses de l'urètre. Le seigle ergoté a calmé les envies fréquentes d'uriner, les chaleurs du col de la vessie et les érections. Voici la formule qu'il emploie :

Seigle ergoté pulvérisé de 60 à	120 centig.
Extrait de jusquiame........	5 centig.
Nitrate de potasse..........	1 gram.
Camphre pulvérisé..........	15 centig.

Faire quarante pilules, dont on donnera deux ou quatre toutes les deux heures, suivant la dose du seigle ergoté.

En injection dans le vagin et dans le canal de l'urètre dans les cas de vaginite et d'urétrite érithénoïde, l'usage de ce médicament employé d'après la formule suivante, a produit de bons effets :

Seigle ergoté...............	15 gram.
Eau bouillante..............	250 —

Cette infusion peut être aussi employée en bains locaux et en fomen-

tations autour du pénis et du gland. Elle est utile principalement contre les érections dans les urétrites de la portion de l'urètre qui traverse le gland.

Les observations de M. Desruelles sont encore trop peu nombreuses pour qu'il puisse établir des règles sûres pour l'administration de l'ergot de seigle dans les urétrites aiguës. Cependant il atteste dès à présent que les praticiens pourront l'employer pour calmer les érections, éloigner les envies d'uriner, appaiser les ardeurs du col de la vessie, et même pour agir sur les écoulements. Il a noté quelques accidents légers pendant l'administration de ce remède; ce sont le ralentissement du pouls, une douleur de tête dans un point fixe, des étourdissements légers, la vue de bluettes, un trouble passager de la vision. (*Gaz. des hôp.*, juin 1842.)

VARIÉTÉS.

Candidatures à l'Académie royale des Sciences. — L'héritage académique de notre très-regrettable confrère, M. Double, sera, tout le fait prévoir, chaudement disputé. Déjà les candidatures se présentent nombreuses, très-diverses, et embrassant les parties les plus différentes entre elles de ce tout qu'on appelle science médicale. Médecins et chirurgiens cultivant et pratiquant les diverses parties de la médecine; médecins et chirurgiens spécialistes, anatomistes, physiologistes; d'autres enfin qu'il n'est pas possible de classer dans aucune de ces divisions, frappent, à l'heure qu'il est, à la porte de l'Académie des sciences, qu'ils espèrent tous voir s'ouvrir devant leur bagage scientifique plus ou moins bien fourni. L'Académie sera, sans doute, fort embarrassée, non-seulement pour faire un choix parmi les personnes, mais encore pour déterminer la nature des travaux qu'elle voudra récompenser et s'adjoindre dans le successeur de M. Double. Prendra-t-elle un homme spécial, c'est-à-dire un homme connu par des travaux dirigés vers un seul point de la science, qui l'auraient conduit à quelque découverte importante? Ou bien donnera-t-elle ses suffrages à un médecin qui, sans se livrer à l'étude ou à la pratique d'une seule branche de l'art, l'aurait cultivé dans son ensemble? Il est dans ce moment impossible de prévoir la décision de l'Académie. La nomination, selon toutes les apparences, sera différée de plusieurs mois à cause de l'absence d'un très-grand nombre de ses membres, et surtout de l'absence d'un membre de la section de médecine et de chirurgie. Nous reviendrons bientôt sur ce sujet, car l'éminente distinction accordée à un de nos confrères qui entre à l'Institut, est toujours une chose grave par l'influence que ce confrère peut exercer sur la direction de la science et sur les récompenses que l'Académie des sciences accorde tous les ans aux recherches et aux travaux qui ont notre science pour objet.

— A l'Académie de médecine, une place est aussi vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. Les candidats sont fort nombreux, et la liste de présentation, arrêtée par la commission, quoiqu'elle n'ait pas été rendue officielle, est cependant connue, et a soulevé de vives et de légitimes récriminations. Ainsi, par exemple, MM. Foville et Malgaigne, tous les deux ayant publié d'excellents travaux anatomiques, s'en trouvent exclus au profit de quelques noms fort honorables, sans doute, mais qui ne sont pas encore aussi bien connus du public médical.

— Au bureau central des hôpitaux, deux places de chirurgiens étaient vacantes. Après un long concours, qui a été fertile en incidents, MM. Cullerier fils et Marjolin fils ont été nommés. Plusieurs compétiteurs ont subi leurs épreuves d'une manière très-brillante. Il est à désirer pour l'avenir de ces jeunes gens qu'ils ne rencontrent pas toujours sur leur chemin des adversaires aussi redoutables que des fils de professeurs.

Mort de M. Pelletier. — Nous apprenons à l'instant une nouvelle et très-sensible perte que vient de faire la science. M. Pelletier, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, dont le nom est à jamais célèbre par sa découverte, avec M. Caventou, du sulfate de quinine et de la plupart des alcalis végétaux, a succombé aujourd'hui 19 juillet, à la suite d'une longue et douloureuse maladie. M. Pelletier était le beau-frère de M. Double ; il n'était âgé que de cinquante-cinq ans.

Médecins députés. — Nous voyons avec satisfaction que les électeurs ont envoyé à la nouvelle chambre des députés quelques médecins qui, par leur talent et par leur position, pourront, s'ils le veulent, défendre les intérêts de la corporation à laquelle ils appartiennent. Pour ce qui nous regarde, nous comptons sur les libérales intentions et sur le caractère de notre confrère M. Bouillaud, professeur de la Faculté, nommé député à Angoulême, comme aussi sur M. Dezeimeris, bibliothécaire de la Faculté, nommé à Bergerac (Dordogne), et sur M. le docteur Terme, maire de Lyon. A ces députés se réuniront, s'il y a lieu, nous en sommes sûrs, deux autres médecins élus, l'un, M. Richond-Debrus, au Puy (Haute-Loire), et l'autre, M. Delaveau, à La Châtre (Indre).

— Le conseil municipal vient de voter une somme de 64,000 francs pour réparations à faire à divers hôpitaux, tels que l'Hôtel-Dieu, la Pitié et Beaujon.

— M. le docteur Goyrand vient d'être nommé inspecteur-adjoint des eaux thermales d'Aix (Bouches-du-Rhône).

THERAPEUTIQUE MEDICALE.

SUR LA PROPOSITION D'UNE ENQUÊTE CLINIQUE POUR ÉTABLIR LE MEILLEUR TRAITEMENT A APPLIQUER A LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

L'Académie de médecine vient d'être saisie d'un étrange projet, celui de former une enquête clinique pour établir quelle est la meilleure méthode de traitement de la fièvre typhoïde. Cette proposition, quels que soient les arguments par lesquels on a cru pouvoir l'appuyer, ne peut donner aucun bon résultat. En effet, que suppose, en premier lieu, un projet d'enquête? Il suppose le même point de départ essentiel, une base d'investigations d'après laquelle on déterminera, d'une part, la nature et la gravité de l'affection, et de l'autre, la méthode et les moyens curatifs les mieux assortis à la nature et au degré de la maladie. Maintenant, existe-t-il une semblable base d'investigation, un critérium enfin, auquel on s'accorde à rapporter les diverses appréciations des caractères de la fièvre typhoïde? Interrogez les praticiens de la capitale, pour ne parler que de ceux-là, et vous ne tarderez pas à voir que chacun détermine cette fièvre avec des principes et des procédés inverses ou différents. Pour les uns, la fièvre typhoïde n'est autre chose encore qu'une gastro-entérite; pour les autres, elle est une entérite d'une nature particulière, qui n'a rien de commun avec l'entérite vulgaire. Il y en a qui n'y voient primitivement qu'une dégénération humorale, tantôt bilieuse, suivant les idées de M. Delaroque, tantôt sanguine, comme le veut M. Magendie. Pour beaucoup d'autres, la fièvre typhoïde n'existe ni dans une altération humorale ni dans une lésion des intestins : pour ceux-là ces phénomènes morbides ne sont que des effets, et la fièvre typhoïde se présente comme une lésion générale de l'ensemble des organes, dont le contre-coup seulement peut porter davantage sur tel ou tel système, tel ou tel organe isolément. Enfin, des praticiens très-sages, se rappelant qu'il y a à peine quelques années il n'y avait aucune maladie du nom de fièvre typhoïde, au moins comme maladie vulgaire, ont rejeté collectivement toutes les vues localisatrices des médecins actuels, et ont fait rentrer la fièvre dite typhoïde dans la catégorie des fièvres bilieuses, putrides ou muqueuses, reconnues dans tous les temps. Nous demanderons donc aux commissaires de l'enquête clinique, si on les nomme, auquel de ces systèmes ils rapporteront leurs investigations? car, encore une fois, pour apprécier les caractères d'une maladie et son traitement, il est indispensable de posséder d'avance une loi de détermination.

Au surplus, que l'Académie ne s'y trompe pas ; on lui demande une enquête, non pour chercher à découvrir la vérité sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde, mais pour essayer à établir, sous l'autorité de son nom, tel ou tel traitement particulier. Si les résultats de cette investigation, en supposant qu'elle fût assez mal inspirée pour s'y livrer, ne se trouvaient pas d'accord avec ces vues individuelles, on peut être bien assuré d'avance qu'on ne manquerait pas d'en infirmer les résultats. Mais admettons, par impossible, que l'enquête en question fît arriver à une conclusion positive, il resterait encore à fournir les moyens de convertir à la pratique préconisée les médecins étrangers aux motifs déterminants de la commission. Et quel moyen pour cela ? Car chacun conservera toujours la liberté de les repousser ou de s'y conformer. Voilà encore une nouvelle série d'entraves à l'exécution de ce projet.

Sérieusement, nous ne comprenons pas que des médecins qui affichent un mépris si superbe pour les travaux de leurs devanciers, se montrent disposés à accepter aujourd'hui, sur une question de clinique, les décisions de leurs contemporains. Ce qu'ils veulent, en poussant à une enquête, c'est obtenir, si cela se peut, l'assentiment de leurs confrères à des prémisses regardées par eux comme l'arche sainte, tout en se réservant de récuser leur témoignage, si par hasard il contrariait leur parti pris. Nous résumerons en deux mots notre opinion à ce sujet, en déclarant qu'une enquête clinique sur le traitement de la fièvre typhoïde nous paraît une chose impossible et inutile ; et pour appuyer notre assertion, nous renverrons à qui de droit l'argument qui a été employé, argument que l'on ne devait pas s'attendre à voir soutenir devant une académie de médecins, savoir : que depuis deux mille ans d'études on n'a rien appris, ou on n'a appris que peu de chose. Or, si deux mille ans de travaux et d'observations n'ont pu nous conduire qu'à une ignorance presque absolue de la nature et du traitement des maladies, comment peut-on se promettre d'arriver à la connaissance d'une maladie telle que la fièvre typhoïde par une investigation de quelques mois, de la part de quatre ou cinq médecins, et avec quelques douzaines ou si l'on veut quelques centaines de malades?

Les impossibilités que nous signalons jaillissent d'ailleurs de la nature même de la fièvre typhoïde. Pas plus que les autres maladies, elle ne reconnaît pas une seule et même cause, et ne saurait avoir ni la même nature, ni la même gravité, ni les mêmes symptômes. La fièvre typhoïde offre des différences véritablement fondamentales, et la preuve, c'est que les médecins ont senti la nécessité d'y introduire des distinctions essentielles ; en outre, les mêmes espèces diffèrent par l'âge, le sexe, la constitution des sujets, et principalement par la constitution médicale.

Qui peut dire enfin que les fièvres typhoïdes observées dans la capitale sont les mêmes que celles qu'on observe dans le Midi, et qu'elles conservent toujours à Paris les mêmes formes et les mêmes variétés? La commission d'enquête peut-elle se promettre de rassembler, dans un nombre nécessairement très-borné de malades, toutes ces formes? pourra-t-elle voir passer sous ses yeux, dans l'espace de quelques mois, les cas divers qui proviennent de la diversité de circonstances et de sujets? Et comment arriver à une conclusion sans cela?

Une difficulté encore capitale de l'enquête proposée, tient au procédé employé pour apprécier comparativement les succès des divers traitements. Ce procédé, déjà jugé, n'est autre chose, comme on s'en doute, que la méthode numérique; or, on sait que par cette méthode on est parvenu à justifier toutes les opinions, toutes les pratiques; preuve non équivoque de la défectuosité de la méthode même. En effet, la méthode numérique a établi à la fois, entre les mains de M. Bouillaud, les succès des saignées coup sur coup; entre les mains de M. Delaroque, l'excellence des purgatifs; puis l'avantage des toniques; puis celui des chlorures; plus loin, l'insuffisance de tous ces moyens, et la prééminence de la méthode expectante; ailleurs encore, le danger des saignées et des purgatifs. L'énoncé rapide de ces difficultés atteste donc l'impossibilité de trouver une base de détermination pour la nature de la maladie, et le tort qu'a eu l'Académie de prendre au sérieux la proposition d'enquête.

Si l'on nomme une commission, ce qui ne nous paraît pas probable, on peut pressentir déjà combien il y aura de dissidence dans la manière de juger l'action des méthodes thérapeutiques, quels que soient les juges choisis pour cela. Mais en supposant que, par un artifice légitime ou non, la commission nommée parvienne à classer en catégories toutes les opinions, comment s'y prendra-t-elle, au lit des malades même, pour s'assurer de la valeur relative des diverses méthodes de traitement? Sera-ce en plaçant dans une même salle cinquante ou soixante malades, comme le veut M. Bouillaud, et en appliquant à des catégories de huit ou dix sujets chaque méthode particulière, sous la direction des divers médecins composant la commission d'enquête (sans doute?), afin de juger par les effets définitifs de l'excellence relative des diverses méthodes? Sans parler de l'immoralité, du scandale même d'expériences faites de cette façon, ne voit-on pas que tous nos arguments relatifs à la constitution médicale, à l'âge, à la saison, existent tout entiers? M. Rayer, que nous avons été étonné de voir prêter un certain appui à cette proposition, car nous connaissons ses hautes lumières et la sagesse de son esprit, M. Rayer voudrait que la commission jugeât des malades et du traitement auprès des médecins des hôpitaux eux-mêmes et en se transportant

dans leurs services. Ceci serait matériellement plus raisonnable; mais les mêmes objections scientifiques existent toujours. En résumé, il ressort évidemment pour nous, d'après les impossibilités diverses que nous venons de signaler, que le projet d'enquête est une chimère, et que l'Académie a eu tort de ne pas trancher la question par l'ordre du jour.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA GASTRALGIE ET SUR SON TRAITEMENT.

La gastralgie ne doit pas être prise toujours et partout pour une maladie identique, due à des causes pareilles et d'une nature invariable. Malgré la similitude des désordres fonctionnels qui la caractérisent, il y a plusieurs sortes de ces douleurs de l'estomac qu'on nomme avec raison gastralgies; et pour arriver à une thérapeutique raisonnable et heureuse, il faut en distinguer avec soin les espèces différentes, chacune d'elles entraînant des indications thérapeutiques toutes spéciales. Qui oserait traiter de la même manière certaines douleurs épigastriques propres à une inflammation de l'estomac, et celles qui se montrent chez les femmes tourmentées par des flueurs blanches, et celles qui apparaissent chez les sujets affectés d'un squirrhe ou d'un cancer de l'estomac, et celles qui sont propres aux sujets nerveux ou goutteux, et celles enfin qui revêtent si souvent la forme périodique intermittente? Dans tous ces cas, il y a douleur à la région de l'estomac, douleur souvent caractérisée par la vivacité des sensations pénibles ressenties à l'épigastre, et en même temps trouble plus ou moins prononcé des fonctions digestives avec brisement des forces. Et pourtant, sous cette apparence commune, il faudra pour chaque cas choisir un traitement intelligent si l'on veut qu'il soit heureux; car l'énumération des quelques variétés que je viens d'indiquer fait comprendre tout d'abord que ce traitement aura besoin, pour réussir, de s'accommoder à l'espèce de la gastralgie.

Je n'ai pas l'intention de résumer la thérapeutique de toutes les gastralgies dont je viens de rappeler l'existence. Il en est seulement une dont j'ai l'intention de m'occuper ici, c'est la gastralgie proprement dite, maladie beaucoup plus fréquente qu'on ne le croirait d'après les traités généraux de pathologie.

Je laisse donc de côté pour aujourd'hui et la gastralgie inflammatoire qui cède aux évacuations sanguines locales et à un régime convenable, et la gastralgie des leucorrhéiques qui ne guérit que par un bon emploi des moyens capables de faire disparaître les flueurs blanches, et celle qui attaque les goutteux, et celles plus communes qui prennent une forme intermittente et périodique, et par conséquent appellent surtout la qui-

nine, et je ne m'occupe que de la forme de gastralgie à laquelle peut s'appliquer la description suivante :

Les malades se plaignent de ressentir brusquement une douleur extrêmement vive et aiguë à l'épigastre ; cette douleur, d'une nature très-facile à reconnaître et dont la durée n'est pas toujours la même, vient presque infailliblement après l'ingestion des aliments, quelle que soit d'ailleurs la nature de ces aliments : il suffit qu'ils y soient introduits pour que la douleur se développe, et le plus souvent un espace de dix à trente minutes sépare à peine le retour du mal et l'ingestion des matières alimentaires. En même temps que la douleur existe, il y a une notable oppression, une sorte d'anéantissement des forces morales et musculaires, quelquefois des vomiturititions et même des vomissements, mais presque toujours des régurgitations acides ou glaireuses. Ces accidents, après avoir duré pendant un temps qui n'est pas toujours le même, finissent par diminuer d'intensité, puis disparaissent tout à coup comme par enchantement, pour recommencer de la même manière quand on donne lieu à un nouveau travail de digestion. Dans tout cela, point de fièvre, à peine un peu de vitesse, d'inégalité et d'agitation du pouls ; point de chaleur à la peau, point d'enduit particulier de la langue, point de couleur anormale : la langue reste humide, un peu blanche et pâteuse. Pendant la durée de la douleur, la physionomie a pris un aspect particulier et une expression indicible, mais très-saisissable de douleur.

Cet état particulier de l'estomac, que je n'ai point jusqu'ici nettement vu dans les livres, mais que la pratique m'a déjà montré nombre de fois tant en ville qu'à mon hôpital, s'est toujours présenté à mon observation avec les mêmes caractères, assez complets et assez tranchés pour qu'il me fût impossible de le confondre avec d'autres maladies de l'estomac et d'y voir autre chose qu'une névralgie.

Sur un seul point on peut garder des doutes. Il arrive souvent dans le commencement d'un cancer à l'estomac, et pendant que tous les désordres matériels sont encore à l'état de squirrhe et surtout de squirrhe peu développé, que le malade présente des phénomènes analogues à ceux que je viens de décrire. Dans les deux cas, tout est pareil ; les suites des deux maladies me semblent seules devoir les distinguer.

Dans le squirrhe commençant, il n'y a point encore de tumeur appréciable à l'épigastre ; on n'y trouve rien qui autorise un diagnostic assuré : les vomissements noirs n'ont point encore eu lieu. D'une autre part, les douleurs vives et le trouble de la digestion sont les mêmes dans l'un et l'autre cas ; dans l'un comme dans l'autre, les vomissements et les régurgitations glaireuses et acides sont également communs ; dans les deux cas, les aliments ne sont pas tous vomis, et il arrive quelque-

fois que les uns sont rejetés et les autres conservés par l'estomac; dans certains cas même de névralgies le mieux caractérisées, quelques vomissements noirâtres résultent de la matière colorante de la bile qui se trouve rejetée, et le facies névralgique, l'espèce d'altération que cette maladie donne aux traits et à la couleur, tendent à la faire confondre avec le squirrhe ou le commencement du cancer. Il n'y a donc, je le répète, que l'issue qui la juge, soit que la gastralgie ne soit dans certains cas que le commencement d'un cancer, soit que le cancer commençant signale son apparition par des douleurs de l'ordre des névralgies.

Dans l'état de perplexité où le médecin se trouve quelquefois jeté par la persistance de ces douleurs et par la crainte qu'elles doivent lui inspirer sur la terminaison probable du mal, je ne connais rien de plus satisfaisant que de pouvoir conserver encore des doutes sur la nature de l'affection qui se présente, et en même temps la certitude, quel que soit le terme des deux chemins qui se présentent, de prendre une bonne direction pour celui des deux côtés qui laisse des ressources. C'est ce qui m'est arrivé précisément dans quelques cas analogues. L'heureux succès obtenu à plusieurs reprises dans des cas où des médecins très-recommandables et moi-même avions craint un squirrhe à l'estomac m'engage à insister sur ce point.

Qu'on ait ou non à craindre un cancer de l'estomac ou du pylore, ou bien seulement qu'on ait affaire à une gastralgie, la thérapeutique ne doit pas varier; le pronostic, qui sera toujours très-réservé dans ces sortes de cas, prendra, suivant la plus grande somme de probabilités d'un côté ou de l'autre, une gravité plus ou moins grande. Mais les indications thérapeutiques restant les mêmes pour le traitement, il importe donc beaucoup moins de constater qu'il y a ou non commencement de squirrhe ou présence seule de gastralgie.

Mais il faut se garder de confondre cette gastralgie avec certaines autres dont la thérapeutique a ses lois particulières ; je veux parler des gastralgies périodiques intermittentes. Il arrive souvent en effet que les unes comme les autres se reproduisent aux mêmes heures et se dissipent régulièrement pour laisser ensuite un intervalle semblable de repos. Mais cette sorte de périodicité, qui, si elle était naturelle et fondamentale, aurait ses indications spécifiques de traitement, ne trompera pas le médecin qui aura eu soin de constater que le retour régulier des douleurs dépend, dans la gastralgie non périodique, du retour périodique des repas. J'ai vu souvent des névralgies de la face rappelées ainsi par les efforts musculaires de la face opérés pour la mastication; j'en ai vu qui occupaient exclusivement l'estomac, et qui ne manquaient pas de se

montrer aussitôt qu'on obligeait cet organe à remplir ses fonctions d'une manière active. Dans ces cas, il suffit de changer les heures d'alimentation pour voir des variations dans les apparitions de gastralgie. Je dois même dire qu'après une certaine étude des gastralgies, on n'a plus besoin de cette épreuve pour apprécier la nature du mal. On le trouve si constant pour répondre aux appels qui ont lieu dans l'estomac, que presque toujours l'histoire de la maladie suffit pour édifier le médecin. Si la névralgie gastrique est périodique, si elle arrive le malade étant à jeun aussi bien que quand il a mangé, si elle ne correspond pas nécessairement aux repas, on doit la considérer comme intermittente périodique. Si elle s'éloigne de ces conditions, il ne faut pas lui opposer du sulfate de quinine : ce médicament, qui aurait été dans le cas précité comme une véritable ancre de salut, deviendrait au contraire une cause d'exacerbation du mal, comme autrefois j'en ai vu des exemples.

La gastralgie simple étant bien constatée, je crois pouvoir ainsi déduire le traitement, d'après ce que j'ai vu.

Les malades affectés de gastralgie ne souffrent pas quand ils sont à jeun. Presque toujours on les trouve exténués par une longue diète à laquelle ils se sont instinctivement soumis pour ne pas souffrir. Malheureusement le soulagement que ce régime leur donne provisoirement ne fait qu'empirer leur situation : leur estomac en est devenu plus sensible à la présence du moindre corps étranger, et comme on ne vit pas sans s'alimenter, ils arrivent, de diète exténuante en petits repas qui rappellent leur douleur, à un véritable état de consomption qui les rend encore plus accessibles aux névralgies.

Il me paraît donc indispensable de chercher surtout à prévenir cet affaiblissement en même temps qu'on cherche à modérer et à faire disparaître le mal. Or voici ce que l'expérience clinique m'avait démontré avant que des recherches spéciales sur la digestion vinssent m'éclairer suffisamment à cet égard.

Les acides en général sont des irritants très-actifs pour le système nerveux ; les aliments acides ou qui le deviennent beaucoup dans l'estomac rappellent plus vivement les douleurs névralgiques de cet organe. La première indication thérapeutique doit donc consister à éloigner de l'alimentation des névropathiques tous les aliments acides ou ceux qui le deviennent d'une manière plus spéciale, soit par leur nature, soit parce qu'il faut pour leur dissolution stomacale un degré plus marqué d'acidité du suc gastrique. L'expérience clinique m'avait déjà conduit à insister beaucoup, dans ces cas, sur le choix des aliments, avant que des expériences directes m'eussent démontré les divers degrés d'acidité que prennent à jeun, après un repas, et surtout après certains repas, les sucs gastriques.

La première indication à remplir me paraît donc de recommander les aliments les moins propres à mettre les parois stomacales en contact immédiat avec des acides un peu développés, et cette indication me semble fortifiée singulièrement de cette remarque, que l'estomac à jeun, c'est-à-dire dans l'état où il ne fait pas souffrir les névropathiques, ne contient que des liquides dont l'acidité est pour ainsi dire à peine appréciable.

Une seconde remarque faite auprès des malades est venue encore à l'appui de cette première, c'est que des sujets m'ont souvent accusé sentir dans la bouche quelque chose d'aigre, de sûr, comme s'ils avaient sucé du citron; c'est que dans leurs vomituritions ils ont presque toujours senti l'aigre dans les gorgées qui leur remontent; enfin, c'est que dans beaucoup de cas il m'a suffi, pour ôter tout ce malaise et pour diminuer la douleur, de faire avaler quelques gorgées d'eau tenant en suspension un peu de magnésie décarbonatée et de faire rincer la bouche avec le même liquide. J'insiste alors pour que la magnésie soit prise presque immédiatement après le repas, parce qu'elle me présente ainsi un double avantage : d'abord elle fait disparaître ces aigreurs et ces vomituritions en même temps que le goût acide dont se plaignent les malades; ensuite elle produit l'effet d'un laxatif pris à petite dose, ce qui n'est pas à dédaigner chez ces sortes de malades, en général sujets à une grande constipation.

Mais ces deux indications remplies, quelque importantes qu'elles soient, ne suffiraient pas pour débarrasser le sujet de sa névralgie, si on n'y ajoutait pas quelque chose de plus efficace, et l'expérience a prouvé pour moi que ce quelque chose c'est la morphine.

Le cas qui m'a conduit à faire de son usage une règle générale mérite d'être rapporté.

M. de M...., après avoir longtemps vécu dans les parties les plus chaudes du Nouveau-Monde, en était revenu avec une disposition très-prononcée aux gastralgies; il en avait déjà plusieurs fois ressenti les atteintes, quand il fut pris à la région de l'estomac d'une douleur plus intense qu'à l'ordinaire. Cette douleur se faisait sentir aussitôt que des aliments étaient introduits dans l'estomac. Elle allait quelquefois jusqu'à arracher des cris au malade. La digestion était lente et troublée, et après quelques heures tout rentrait dans l'ordre; le malade cessait de souffrir, jusqu'à une nouvelle introduction d'aliments, quels qu'ils fussent. D'ailleurs point d'autres dérangements de la santé qu'une constipation opiniâtre au lieu de la diarrhée habituelle que M. de M.... avait rapportée des colonies. Point de fièvre, point de rougeur de la langue. J'essayai d'abord plusieurs moyens (je n'avais pas encore eu le temps de me faire

un plan de conduite raisonné dans des cas de ce genre). Des lavements purgatifs rappelèrent la diarrhée supprimée, sans rendre au malade sa santé habituelle; des sangsues furent appliquées à l'épigastre sans résultat avantageux, quoiqu'elles y fussent mises en grand nombre et à plusieurs reprises; des cataplasmes émollients et narcotiques sur la même région furent inutiles et on y renonça, ainsi qu'au sulfate de quinine, qui fut tenté; des bains furent pris au moment de la digestion et n'obtinrent pas plus de succès. Enfin, le malade commençait à désespérer de sa guérison, lorsque, considérant la nature de la douleur, l'absence de symptômes fébriles, l'exactitude avec laquelle ce mal étrange revenait aussitôt que l'estomac était sollicité à remplir ses fonctions spéciales, je m'avisai de prescrire une pilule de 25 milligr. (1/4 de grain) de chlorhydrate de morphine, à prendre aussitôt que des aliments auraient été ingérés. A compter de ce moment le malade se trouva guéri comme par enchantement. Plusieurs jours de suite il termina chacun de ses légers repas par la prise d'une ou même de deux de ces pilules, et il avait tellement cessé de souffrir que, se croyant définitivement guéri, il essaya, d'après mon conseil, de manger sans prendre de morphine. Immédiatement ses douleurs premières revinrent avec toute leur intensité; puis elles cédèrent encore au même remède, administré comme la première fois. Cette expérience, répétée à plusieurs reprises, nous donna longtemps, mais d'une manière décroissante, des résultats semblables, jusqu'à ce qu'enfin ayant continué pendant près d'un mois l'usage du chlorhydrate de morphine à doses successivement moins élevées, M. de M...., en vint à digérer sans le secours de l'art. Pendant tout le temps du traitement, qui dura en somme près de trois mois, M. de M.... portait continuellement sur lui une boîte de ses pilules, dont il ne pouvait se séparer impunément, surtout s'il lui arrivait de dîner en ville.

Cette première observation, qui m'avait paru assez remarquable pour la citer à part dans un mémoire sur les névralgies présenté à l'Académie royale de médecine, a été depuis lors suivie d'un assez grand nombre de faits semblables pour que je me croie autorisé à en tirer aujourd'hui des règles positives sur l'administration du même médicament dans des cas analogues, et voici comment l'expérience m'a prouvé qu'il fallait se gouverner:

Après le repas pris, aussitôt que la douleur se fait sentir, je prescris une cuillerée à café d'une potion faite avec

Eau sucrée, 45 grammes,

Chlorhydrate de morphine, 10 centigram.

On renouvelle l'administration de cette cuillerée plus ou moins fréquemment, selon l'intensité et la tenacité de la douleur. On va, s'il en est

besoin, jusqu'à consommer toute la potion ; mais presque toujours au bout de quelques cuillerées à café, prises de dix minutes en dix minutes, l'effet sédatif est produit et le malade soulagé. Je préfère la solution de chlorhydrate de morphine aux pilules que j'avais employées pour M. de M...., parce qu'on est plus maître de gouverner à volonté le médicament administré sous cette forme, d'aller jusqu'où il est nécessaire pour supprimer la douleur, et de s'arrêter à volonté quand il n'est plus nécessaire d'insister. Pour les enfants surtout, cette considération est capitale, et l'importance m'en a été bien démontrée dans un cas dont je crois utile de dire un mot.

Une jeune personne de neuf ans était prise pour la seconde fois d'une névralgie de l'estomac tout à fait semblable à celle que je viens de décrire. Traitée comme je le conseille, elle avait cessé de le souffrir. Les parents avaient néanmoins cru devoir lui donner encore quelques cuillerées de la solution de morphine. Cet excès produisit bientôt un véritable narcotisme, avec rétention très-douloureuse de l'urine. Heureusement on n'avait pas dépassé de beaucoup la dose nécessaire, et ces nouveaux accidents, qui commençaient à m'inquiéter, cédèrent, avec quelques heures de patience, à un long bain tiède, et, bien entendu, à la suppression de tout narcotique. Je ne sais pas ce qui serait arrivé dans ce cas, si au lieu de petites cuillerées de solution de morphine on avait donné d'invariables pilules contenant toujours une beaucoup plus grande quantité du remède.

Dans les cas que j'ai vus, je n'ai jamais rencontré d'autres accidents, et toujours sous l'action combinée d'un peu de magnésie calcinée et de la morphine, la digestion, horriblement pénible des gastralgiques, s'est faite d'une manière satisfaisante.

On conçoit d'ailleurs quelle extrême restriction je dois mettre ici à cette assertion, en ce qui concerne les gastralgies qui peuvent dépendre d'une affection cancéreuse ou squirrheuse de l'estomac. Dans ces cas, le traitement que je conseille ici soulage toujours, et mieux que tout autre moyen que je connaisse ; mais je suis loin de croire et de dire qu'il guérisse. C'est néanmoins déjà beaucoup que de soulager les victimes dévouées à ce mal affreux. Ce serait bien plus encore si l'on pouvait parvenir toujours à cette satisfaction que me donne un fait que j'ai actuellement sous les yeux, de pouvoir douter de la réalité du squirrhe ou du cancer. J'aime à rapporter ce fait pour encourager les praticiens dans la même voie.

Une femme, qui sert maintenant comme infirmière dans une de mes salles, y est entrée, il y a plus de deux ans, dans un état tellement grave qu'on a cru à un squirrhe ou à un cancer de l'estomac. Deux praticiens

très-éclairés, très-judicieux, qui m'ont suppléé pendant quelque temps, ont cru tous les deux à la réalité de l'affection cancéreuse ou squirrheuse, et quand moi-même je vis pour la première fois la malade, je partageai complétement leur opinion. L'émaciation de la malade, sa coloration, ses douleurs, ses vomissements perpétuels, nous avaient amenés à cette croyance, qui d'ailleurs ne s'était jamais élevée pour aucun de nous jusqu'à la conviction, parce que nous ne sentions au palper aucune tumeur distincte vers l'épigastre, et parce que, malgré ce que la malade nous racontait sur des vomissements noirs qu'elle avait eus, nous n'avions point vu dans ce qu'elle vomissait ce dépôt comme du marc de café ou de suie, qui aurait fixé notre diagnostic. D'ailleurs, excepté ces deux conditions capitales, toutes les autres raisons de supposer la présence de cette grave maladie se trouvaient réunies chez cette malade, lorsque je la soumis au traitement indiqué plus haut. Au bout de trois mois de traitement, la malade, dont l'état s'était successivement amélioré, pouvait digérer sans douleur des aliments raisonnables; elle avait repris autant d'embonpoint que sa constitution le comporte, et elle se trouve si bien que je croirais ou qu'elle n'a jamais eu qu'une gastralgie, ou que l'état plus grave primitivement diagnostiqué a été guéri, si de temps en temps je n'étais pas obligé de la remettre à la magnésie et à la morphine, pour enrayer les accidents primitifs qui repullulent quelquefois, mais toujours dans un degré beaucoup moindre.

La morphine à l'intérieur n'est pas d'ailleurs le seul remède qu'on puisse employer contre ces gastralgies. Je me suis souvent très-bien trouvé de tenir sur l'épigastre des emplâtres de thériaque, d'extrait aqueux d'opium ou même de morphine. Presque toujours il est utile d'insister sur ces applications, même longtemps après que la médication appropriée a fait céder les premiers accidents. Ces applications continuent l'action sédative que les autres moyens ont exercée, et il est rare que les petits retours de gastralgie auxquels les malades sont encore exposés dans leur convalescence ne cèdent pas à cette médication suffisamment prolongée. Mais je ne puis trop insister sur la ténacité qu'il faut mettre à chasser jusqu'aux dernières apparences du mal, car rien n'est plus sujet à retour que les affections douloureuses du système nerveux.

Une dernière recommandation qu'il importe enfin de rappeler aux médecins, est celle de rendre le régime alimentaire aussi régulier et aussi fortifiant que possible. Des aliments faciles à digérer et dans lesquels l'économie trouve une ample et réelle réparation sont, aussitôt que les symptômes permettent d'y recourir, une des ressources les plus précieuses pour le traitement ou plutôt pour l'expulsion définitive du

mal, amoindri par l'usage des narcotiques. L'espèce de débilité particulière aux névropathiques ne cède jamais mieux que quand on parvient à les soutenir par un bon régime, aidé dans quelques cas de l'usage des ferrugineux. Pour le traitement de la névralgie dont je parle, c'est à ce rôle que je crois devoir borner l'usage du fer, car je ne l'ai jamais trouvé utile que dans les cas spéciaux dont je viens de parler, et particulièrement chez les femmes mal réglées, qui forment une notable portion des névropathiques.

Dr S. SANDRAS.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ECZEMA ET SON TRAITEMENT,

Par M. ÉMERY, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

L'eczema est aux dartres humides ce que le psoriasis est aux dartres sèches; c'est la maladie la plus fréquente, et qui sans aucun doute tourmente le plus les malheureux qui en sont atteints.

Toutes les causes excitantes de la peau peuvent le faire naître, et souvent aussi il prend naissance sous des influences générales qu'il est bien difficile de saisir. Ainsi au moment de la cessation des règles, on voit des eczema de la tête, des aisselles, des parties sexuelles, qui viennent tourmenter les malheureuses femmes qui arrivent à cette époque, et ordinairement ils résistent longtemps aux médications les plus rationnelles. Les jeunes femmes d'une constitution lymphatique, qui, après sept à huit ans de mariage, n'ont point eu d'enfants, et qui éprouvent un peu de dérangement dans les règles, y sont très-sujettes; mais à côté de cela, il n'est pas rare de voir de très-jeunes filles, bien constituées, être prises d'eczema avant et après l'arrivée des règles, quoique rien n'annonçât chez elles la moindre disposition lymphatique. Il est des professions qui y prédisposent évidemment; ainsi toutes celles qui forcent à manier des substances pulvérulentes plus ou moins actives, ou bien qui exposent à l'action d'une chaleur plus ou moins vive, font naître des eczema sujets à récidive, si, après avoir été guéri, on retourne se mettre sous l'influence de la cause qui les a déjà provoqués une première fois. L'eczema est caractérisé par l'existence d'une foule de vésicules très-rapprochées les unes des autres, qui peuvent couvrir des surfaces plus ou moins étendues, mais qui se montrent de préférence dans certains lieux d'élection, comme le derrière des oreilles, le front, les aisselles, le pli de toutes les articulations, le dessus des mains, les intervalles des doigts, en général les lieux où la peau est plus douce et presque constamment humectée par la transpiration, et où les follicules sont nombreux. Tous les âges y sont assujettis, l'extrême enfance même; mais

l'époque de la puberté chez les femmes, et l'âge critique y prédisposent davantage, et chez celles qui sont peu fortunées, à un âge avancé, l'usage des chaufferettes trop chaudes. Les hommes, qui y sont moins sujets que les femmes, lorsque des travaux sédentaires les forcent à rester les jambes pendantes, voient aussi cette maladie les atteindre, de même que ceux qui ont des varices aux jambes; c'est surtout chez eux que les professions ont une grande influence : ainsi les perruquiers, les épiciers, les forgerons, les chapeliers, etc., sont souvent affetés d'eczema aux mains. Des médecins très-recommandables ont cru que cette maladie était contagieuse, et Biett disait avoir constaté que des eczema des parties sexuelles s'étaient communiqués par le coït. Une autorité aussi compétente est d'un grand poids dans la balance. J'ai, à cause de cela, mis beaucoup de soin à rechercher si cette opinion était fondée, et je dois dire que tous les résultats que j'ai obtenus, me portent à croire que Biett aura été induit en erreur; bien que je ne pense pas que des faits négatifs puissent infirmer des faits positifs. Mais cette maladie est si fréquente, on a tant de fois l'occasion de l'observer sous toutes ses faces, qu'il est bien difficile de se tromper. Alors, ou l'on doit regarder les faits observés par Biett comme des exceptions, ou, mieux encore, l'on peut croire que l'individu qui a contracté la maladie y était prédisposé, et que le liquide qui suintait de l'eczema a agi comme l'aurait fait toute autre cause irritante. Une source de transmission bien plus sûre, selon beaucoup de médecins, est l'hérédité. Il faut encore dire ici que, bien qu'il y ait des cas qui laissent peu de doute sur son influence, on l'a considérablement exagérée, et que sur cent cas d'eczema bien observés, il n'en est pas dix qui reconnaissent pour cause une maladie de même nature du père ou de la mère, et que d'ailleurs une personne qui en est atteinte par hérédité peut avoir eu des parents qui avaient ou des psoriasis, ou des impetigo, ou toute autre maladie dartreuse. Comme mon but n'est pas de faire un traité de cette maladie, bien connue et bien décrite depuis longtemps, soit qu'on la désigne sous le nom d'eczema ou sous celui de squammeuse humide, comme le faisait Alibert, je n'ajouterai plus qu'un mot sur une des causes qui peuvent le faire naître, ou l'augmenter quand il existe : je veux parler des vésicatoires de précaution qu'on applique aux enfants et aux grandes personnes sous les prétextes les plus frivoles; fréquemment il se développe, autour, des eczemas intenses qui quelquefois envahissent tout le corps. Cette méthode n'est pas plus rationnelle quand ils existent déjà; car, au lieu de les faire disparaître du lieu où ils sont fixés, on les étend à toute la surface du corps. Les exemples d'eczema légers, qui auraient facilement cédé au traitement le plus simple, et qui se sont étendus sous cette médication mal dirigée, ne sont

pas rares. Il faut encore ajouter qu'ils ont le grave inconvénient de produire des engorgements sous-maxillaires, qui se propagent de proche en proche, et qui quelquefois, en gagnant les ganglions bronchiques, deviennent des causes de phthisie pulmonaire.

L'eczema a-t-il son siége anatomique dans les follicules sébacés, comme quelques médecins l'ont prétendu, ou bien dans la membrane vasculaire de Eichhorn, comme le voulait Biett? C'est ce qui n'est nullement prouvé, et tant que l'organisation de la peau ne sera pas mieux connue, il sera très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'assigner avec exactitude le siége des maladies qui peuvent l'atteindre.

Tous les eczema sont aigus ou chroniques, et se divisent en trois espèces qui sont désignées par Willan sous les noms de *solare, impetiginodes*, et *rubrum*; et par Biett sous ceux de *simplex*, d'*impetiginodes*, et de *rubrum*. Comme je préfère le mot *simplex* pour qualifier la première espèce, j'adopte la dernière classification. La première espèce est caractérisée par une éruption de vésicules plus ou moins étendues, agglomérées, petites, transparentes, qui surgissent tout à coup sans douleur, dont le liquide est tantôt résorbé, tantôt devient opaque, et qui, en s'ouvrant, forme un petit disque d'écailles qui ne tardent pas à tomber; sa terminaison est souvent rapide, et en huit jours tout est fini. D'autres fois la marche est plus lente, et le mal se propage par des éruptions successives, mais qui jamais ne donnent lieu à la formation de surfaces enflammées et suintantes, sur lesquelles les squammes se renouvellent constamment; elles ne laissent aucune trace après elles; borné le plus souvent aux membres supérieurs, il existe fréquemment entre les doigts, et a été pris pour la gale un grand nombre de fois. L'eczema simplex est une affection bénigne, facile à guérir; des boissons délayantes, légèrement acidulées, des bains émollients, des lotions de même nature, en triomphent le plus souvent; mais quand la maladie se prolonge et s'accompagne de vives démangeaisons, je fais recouvrir les parties malades de cataplasmes de fécule de pommes de terre, j'augmente la durée des bains, j'y joins de légers laxatifs, et rarement je suis obligé de recourir à d'autres moyens. L'eczema, par un traitement intempestif, peut aussi changer de caractère; malheureusement beaucoup de médecins sont complétement étrangers au traitement des maladies de peau, et aussitôt qu'ils y aperçoivent quelques écailles, ils recourent aux bains sulfureux, aux onguents plus ou moins actifs, dont le soufre et le mercure font la base, et changent ainsi une maladie bénigne en une maladie sérieuse, qui a non-seulement l'inconvénient de durer longtemps, d'occasionner de vives démangeaisons, mais aussi d'empêcher ceux qui en sont atteints de vaquer à leurs occupations.

L'eczema impetiginodes, bien que plus sérieux que le simplex, est aussi une maladie qui peut céder dès le début, quand elle est traitée convenablement : mais malgré une bonne direction dès le principe, il arrive qu'elle se prolonge un temps plus ou moins considérable.

Son nom indique sa nature ; ce ne sont pas seulement de simples vésicules, mais bien de véritables pustules, qui forment ensemble l'éruption. Ces dernières ne sont-elles que les vésicules du simplex ou du rubrum passées à l'état de suppuration, ou au contraire leur origine est-elle véritablement pustuleuse ? C'est une question dont la solution n'est pas donnée. Ce que je peux dire, c'est que je vois souvent à côté de parties couvertes d'eczema impetiginodes, de véritables pustules d'impetigo parfaitement isolées, recouvertes de croûtes comme dans la mélitagre ou *impetigo figurata*. Voici au reste ce qu'on observe le plus ordinairement dans l'eczema impetiginodes. Des vésicules nombreuses agglomérées, pleines d'un liquide séro-purulent, recouvrent dans une certaine étendue des surfaces rouges et tuméfiées ; le liquide qui en suinte s'épaissit rapidement, se concrète, et forme des squammes composées de diverses couches superposées, au lieu de lamelles minces comme on l'observe dans l'eczema simplex. En tombant elles laissent à découvert des surfaces enflammées d'où s'écoule un liquide roussâtre qui reproduit bientôt des squammes semblables si l'on n'y porte remède; quand le mal diminue, le suintement devient moins abondant et ne forme plus que des squammes minces, des pellicules légères, la rougeur s'affaiblit, et en quatre ou cinq septénaires la guérison est complète. Mais il n'est pas rare de voir des points malades en voie de retour à côté d'autres qui se couvrent de nouvelles vésicules séro-purulentes. L'eczema impetiginodes peut passer à l'état chronique, mais comme il se confond alors par ses caractères avec l'eczema rubrum, et qu'au lieu de pustules on n'aperçoit plus qu'une surface suintante d'où s'élève par intervalles de petites vésicules, je les décrirai en même temps, car on les guérit par le même traitement.

L'eczema rubrum est une maladie très-aiguë, le plus ordinairement accompagnée d'une fièvre assez vive à son début. Il envahit de larges surfaces et quelquefois tout le corps, comme je l'ai observé sur un jeune médecin bordelais, où l'éruption fut prise pour la gale par un médecin honorable, et pour une variole commençante par un autre. Je le trouvai dans mes salles au milieu de galeux, fermement persuadé qu'il avait la gale, d'après l'autorité compétente qu'il avait consultée. Sur mon affirmation, il voulut sortir, malgré mes instances pour le retenir et le placer dans un lieu plus convenable. Le lendemain, il revint couvert d'une éruption générale de vésicules qui se touchaient et ne tardèrent

pas à s'ouvrir pour laisser suinter un liquide séreux si abondant que j'étais obligé de le faire changer cinq ou six fois par jour de draps et de linge. Je le fis saigner deux fois du bras. Je le tenais presque à demeure dans des bains d'amidon, et quand il en sortait, je faisais recouvrir son corps de cataplasmes de fécule, car s'il était quelques instants sans en avoir, il était en proie à des souffrances vives, étant dépouillé par tout le corps de son épiderme. Le derme était rouge écarlate et extrêmement douloureux. Une diète sévère, de légers laxatif salins, des boissons acidulées, et des potions calmantes pour procurer un peu de sommeil, suffirent pour le guérir en six semaines.

Quand l'eczema rubrum commence, la peau est chaude, rouge, enflammée et couverte de petits points saillants argentés, qui croissent pendant trois ou quatre jours pour acquérir la grosseur d'une tête d'épingle, et former de véritables vésicules, qui, au bout de sept à huit jours, se flétrissent et se terminent par exfoliation, en laissant au-dessous d'elles une surface rougeâtre parsemée de petits points arrondis, entourés d'un liséré blanchâtre irrégulièrement découpé. Cette heureuse terminaison n'a pas toujours lieu, surtout si on a opposé un traitement incendiaire au mal. Alors l'inflammation augmente au lieu de diminuer, les vésicules grossissent, se brisent, et laissent suinter un liquide séreux abondant qui ne tarde pas à prendre une couleur laiteuse par suite du contact de l'air sur une surface enflammée privée de son épiderme et excoriée dans quelques points. Peu à peu la rougeur diminue, le liquide devient moins abondant, des lamelles minces et humides se forment d'abord, puis des squammes sèches qui sont remplacées par d'autres plus minces, et enfin, après quatre, cinq ou six septénaires, la peau finit par reprendre sa couleur accoutumée, en perdant peu à peu de sa rougeur de la circonférence au centre. D'autres fois enfin il passe à l'état chronique, et devient une maladie rebelle, grave, et souverainement incommode.

Tous les eczema peuvent passer à l'état chronique, soit parce que des éruptions successives ont épaissi le tissu de la peau, soit parce qu'il a été irrité par l'écoulement d'un liquide excitant, soit enfin par une influence générale, comme une affection du foie, une phlegmasie chronique du tube digestif, l'époque critique, ou toute autre disposition générale qui échappe à l'observation. Sous ces diverses causes la peau, au lieu de reprendre son état naturel, s'enflamme, se gerce, s'excorie; une sérosité abondante s'exhale; il se forme des squammes de consistance, de couleur et d'étendue variées. La durée peut être de quelques mois comme de plusieurs années, et au moment où on le croit à son terme, on voit les surfaces malades se recouvrir d'une éruption nouvelle quelquefois très-considérable, mais ordinairement moindre que celle qui existait auparavant.

L'eczema chronique, souvent borné à une partie, peut envahir toute la surface du corps. C'est alors une maladie grave qui est fréquemment liée avec une altération plus ou moins profonde des viscères importants; tantôt un écoulement de sérosité abondant s'y joint et affaiblit rapidement le malade, tantôt de larges squammes se forment et recouvrent des surfaces d'un rouge écarlate; elles sont plus ou moins épaisses, sèches ou molles, suivant l'abondance de l'écoulement. Dans les eczema impetiginodes chroniques, il n'est pas rare de voir des croûtes épaisses recouvrir des points fort étendus de la peau, qui après leur chute restent d'un rouge intense sur beaucoup de parties, mais d'un aspect violacé quand ils occupent les jambes. J'ai vu des eczema chroniques qui atteignaient le corps entier, et qui aux membres inférieurs étaient accompagnés de pourpre hémorrhagique. Une autre forme de l'eczema est celle dont j'ai en ce moment plusieurs exemples à Saint-Louis. La peau se couvre de squammes ressemblant à des écailles de poisson qui chevauchent les unes sur les autres, dont l'éruption est bornée par un cercle rouge plus ou moins foncé. Leur chute laisse apercevoir un tissu fortement enflammé. Dans d'autres cas, des points de la peau très-rouges sont recouverts d'écailles extrêmement petites, blanches, et qui lui donnent un aspect farineux. Les écailles sont plus ou moins épaisses et plus ou moins adhérentes, suivant l'intensité et la durée de la maladie. Dans les anciennes, elles sont souvent sèches et recouvrent des parties qui n'ont aucun suintement apparent. Elles ont alors une si grande ressemblance avec des squammes de psoriasis, qu'il faut un œil très-exercé pour les distinguer.

Le tissu de la peau éprouve des altérations très-variées quand la maladie a une longue durée; il s'épaissit, se gerce, se fend, et les ongles deviennent malades. D'autres fois, après un suintement abondant, il s'ulcère, se boursoufle, et prend un aspect mamelonné.

Les eczema chroniques de la tête et du cou sont à coup sûr les plus fréquents. C'est quand ils sont couverts de squammes blanches qu'ils donnent à la tête l'aspect qui a été désigné sous le nom de teigne amiantacée : très-rebelles de leur nature quand ils atteignent cette partie, ils y sont marqués le plus fréquemment par un suintement abondant, surtout derrière et autour des oreilles, dont fréquemment la peau s'épaissit au point de les rendre hideuses, et de boucher complétement le conduit auditif. C'est dans l'eczema rubrum chronique qu'on a nié l'existence des vésicules; mais c'est parce qu'on n'a pas assisté à son développement, et s'il est vrai que le suintement vient de toute la surface à une époque avancée, il n'est pas moins vrai qu'il naît de vésicules agglomérées, et qu'il s'étend par le même mécanisme.

Quand la maladie se guérit, on voit toujours le suintement commen-

cer à diminuer, les squammes devenir de plus en plus sèches et minces, la rougeur diminuer d'intensité, et la maladie s'effacer en allant de la circonférence au centre.

Quoique bien des fois on 'ait confondu l'eczema simplex avec la gale, il ne faut qu'un peu d'attention pour les distinguer : les vésicules de l'un sont groupées, sans démangeaisons; les autres sont isolées; des sillons qui contiennent des acarus les accompagnent, et un prurit insupportable les fait facilement distinguer. L'eczema rubrum ne peut être confondu avec aucune autre maladie sans un défaut d'attention inexcusable. L'eczema impetiginodes à l'état chronique ressemble à l'eczema rubrum, et l'absence de pustules isolées ne permet pas de le confondre avec l'impetigo. Dans l'état aigu, les larges surfaces qu'il recouvre, l'état de ses pustules, qui ne contiennent qu'une sérosité purulente, et qui sont la plupart du temps vésiculeuses à leur début, et enfin le résultat de la sécrétion, qui ne forme que des squammes minces, sont des caractères qui diffèrent des pustules isolées, pleines de pus et peu étendues de l'impetigo, et des croûtes inégales, jaunes, chagrinées, épaisses, qui sont le produit de leur sécrétion; enfin l'eczema impetiginodes ne laisse aucune trace après lui, et des cicatrices très-apparentes peuvent être la suite d'un impetigo.

Je l'ai déjà dit, l'eczema simplex est une maladie légère qui se termine promptement par les moyens les plus simples; le rubrum et l'impetiginodes peuvent aussi, quand ils sont convenablement traités, n'avoir qu'une durée bornée; mais quand ils occupent de grandes surfaces et qu'ils s'accompagnent d'une fièvre intense, ils constituent déjà une maladie grave, qu'une bonne médication peut amener à bien en deux ou trois septénaires; mais si dès le principe on ne les a pas bien dirigés, on doit s'estimer heureux si l'on peut les guérir en six semaines ou deux mois de traitement; fréquemment alors ils revètent la forme chronique, et leur terme ne peut être assigné.

C'est surtout ceux qui viennent chez les femmes à leur époque critique, et les hommes d'un certain âge, qui, avec beaucoup d'embonpoint, mènent une vie sédentaire, que l'on voit facilement passer à l'état chronique.

Quant à ce dernier, le pronostic peut en être très-grave, s'il occupe une grande étendue, s'il dure depuis longtemps, enfin s'il est compliqué d'une lésion profonde des organes abdominaux. Ce n'est pas quelquefois impunément qu'on cherche à les guérir et qu'on supprime un écoulement abondant dont l'économie s'est fait une habitude, et qu'on fait disparaître ce large exutoire.

Pour traiter cette maladie, il faut en avoir une grande habitude, et être médecin capable.

Le lichen agrius est aussi une maladie qui s'accompagne de vésicules et de suintement; mais les papules sur lesquelles elles sont assises forment des aspérités qui le font facilement reconnaître.

Au reste, l'erreur ne serait pas grave, car il se guérit par les mêmes moyens que les eczema aigus.

Traitement. — Il est peu de maladies contre lesquelles on ait dirigé un plus grand nombre de traitements que contre l'eczema; voici ceux qu'une longue pratique et que des observations faites avec conscience et bonne foi sur plusieurs milliers de sujets, m'ont engagé à adopter dans les diverses espèces que je viens de décrire. J'ai déjà tracé en quelques mots le mode de traitement que j'emploie dans l'eczema simplex; il est en tout conforme à celui indiqué par mon ami le docteur Cazenave, dans son excellent Traité des maladies de la peau. Des boissons délayantes, des bains simples, une tisane d'orge, de la limonade légère, suffisent dans le plus grand nombre de cas. Quand la maladie paraît s'étendre après quelques jours de durée, j'ai l'habitude de purger faiblement, et même de recouvrir les parties affectées de cataplasmes de fécule.

Chez les jeunes gens cela suffit quatre-vingts fois sur cent; mais sur les femmes d'une quarantaine d'années, et sur les jeunes filles qui ont déjà été atteintes de cette maladie, l'on voit les eczema revenir instantanément; ceux surtout qui ont la forme de bracelets et qui envahissent toute la circonférence des avant-bras, et près de la moitié de sa hauteur. Ils vont en s'étendant, changent de caractère, et passent à l'état d'eczema rubrum léger. Une application de sangsues au-dessus et au-dessous du mal suffit ordinairement pour l'arrêter, et des cataplasmes émollients achèvent la guérison. L'eczema rubrum, quand il débute en envahissant tout un membre, le cou en entier ou le front et les oreilles, s'accompagne le plus ordinairement d'un gonflement douloureux et d'un mouvement fébrile qui se calme au bout d'un, deux, trois ou quatre jours. Après vingt-quatre heures de durée, je fais saigner du bras, et si besoin est, poser vingt à trente sangsues autour des parties malades, qu'on recouvre de cataplasmes de fécule. Je tiens les malades à une diète austère, à l'usage des bains tièdes avec une demi-livre d'amidon, et j'administre encore deux laxatifs.

La tisane de pensée sauvage le matin, la limonade dans la journée, composent la boisson ordinaire. J'ai rarement besoin d'une autre médication. Mais il est des eczema qui débutent d'une manière foudroyante; tout le corps est envahi en quelques heures; après trois ou quatre jours, l'épiderme s'enlève, un énorme suintement s'écoule d'une surface vivement colorée en rouge, très-enflammée et douloureuse; du sang même

s'en échappe quelquefois. Toujours dans ce cas je joins les saignées locales aux générales; je couvre les parties de compresses froides que je fais constamment renouveler, et il peut arriver qu'en quelques heures je sois assez heureux pour arrêter la marche de la maladie. Des irrigations d'eau froide m'ont également réussi dans quelques cas. Cependant j'aime encore mieux, après les compresses d'eau froide et souvent avant, faire appliquer des cataplasmes de fécule tiède entre deux linges, et tenir les malades pendant plusieurs heures dans des bains de 23 à 27 degrés de température, thermomètre centigrade. Toujours dans ces cas j'ai recours aux purgatifs salins, à une diète absolue, à des lavements émollients, et à une tisane adoucissante et antiphlogistique dans les premiers temps, et légèrement dépurative après le premier septénaire. Malgré cette médication, l'eczema, après avoir paru céder, peut reparaître avec une intensité nouvelle ; j'ai alors recours aux préparations antimoniales, au sulfure, par exemple; j'en administre 20 centigrammes par jour, avec 40 centigram. d'extrait de douce-amère, et je reviens aux purgatifs tous les trois ou quatre jours, en insistant en même temps sur le traitement local. L'eczema impetiginodes peu intense disparaît rapidement avec des applications de cataplasmes de fécule, des bains, des lavements émollients, des tisanes rafraîchissantes; mais il n'en est point ainsi quand il envahit la tête, le cou et les oreilles, les avant-bras et les mains. J'ai vu cette éruption avoir l'air de céder aux médications rationnelles, et sévir ensuite avec une nouvelle intensité.

Les douches de vapeur, et après quelques faibles modificateurs de la peau, sont des médications dont on peut retirer de bons effets. Les lotions d'eau de son, d'eau légèrement savonneuse, des pommades composées avec un sixième de cérat soufré et cinq portions de cérat ordinaire, ou bien avec 20 ou 30 centigrammes d'oxyde blanc de zinc avec 16 grammes de cérat, ou une pommade faite avec une partie de goudron végétal et 30 d'axonge ou de cérat, qu'on emploie avec prudence, peuvent amener une prompte guérison.

Le traitement des eczema chroniques doit varier suivant l'état des parties, les causes qui les ont produits et qui les entretiennent, et les complications qui viennent s'y joindre. En général, quand un eczema présente de larges surfaces rouges et suintantes qui se recouvrent de squammes plus ou moins épaisses, je commence toujours par des cataplasmes de fécule, des bains généraux et une limonade végétale; après quelques jours, je remplace la tisane par une infusion de scabieuse, de pensée sauvage; et si l'écoulement est abondant, par une limonade minérale. Si l'inflammation persiste quand le mal est borné, je fais faire une ou deux applications de sangsues autour du point malade, et je

prescris des bains gélatineux, des purgatifs tous les sept à huit jours. Quand ce traitement a tari l'écoulement séreux et apaisé l'inflammation, je commence avec réserve l'emploi des modificateurs; car si l'on agit trop vivement, au lieu de diminuer le mal on l'augmente. Les pommades, les bains alcalins, les eaux d'Englien; les lotions d'eau et d'extrait de Saturne, quand l'eczema a son siége aux jambes et qu'il s'accompagne de pétéchies, produisent de bons effets.

Dans les cas d'eczema chroniques qui ressemblent à des psoriasis, où des squammes larges, nombreuses, recouvrent une peau rouge sans suintement apparent, ainsi que dans les eczema de la tête et du cou, où un suintement peu abondant forme des milliers de petites écailles blanches, après huit ou dix jours d'un traitement émollient, je fais oindre la tête avec une pommade composée d'une partie de goudron végétal sur vingt d'axonge, et je purge une ou deux fois. Le succès qu'on obtient par cette médication mérite de fixer l'attention de médecins praticiens. J'ai recueilli récemment vingt-deux observations d'eczema chronique datant de quinze mois, deux ans, et de quinze ans chez une jeune femme de trente et un ans, qui en portait un qui, ayant commencé à l'époque de la puberté, avait successivement envahi la tête et le cou, la poitrine et tous les membres supérieurs. J'ai été assez heureux pour guérir cette dernière en six semaines de temps; ches les autres, les eczema ont cédé avec la même facilité. En général, lorsque les eczema suintent peu, cette médication réussit à merveille.

Tous les eczema ne cèdent pas aussi facilement; il en est de tellement rebelles qu'ils font le désespoir des malades et des médecins. Parmi eux il faut citer ceux qui atteignent les organes de la génération et la marge de l'anus. Les démangeaisons qui les accompagnent sont souvent intolérables, et forcent les malheureux patients à se gratter jusqu'au sang. L'insomnie est presque continuelle; il y a perte d'appétit et un découragement incroyable. C'est aussi cette classe de malades qui a le plus souvent recours aux charlatans, à l'homœopathie, et à tous les arcanes qu'on débite sur la voie publique. C'est après avoir passé par toutes ces sources impures qu'ils recourent à vous; et si vous ne les guérissez pas en quelques jours, ils vous quittent encore pour chercher ailleurs un soulagement à leurs maux.

Quand on a à traiter des maladies de ce genre, il faut commencer par des émollients, des narcotiques, et des préparations de plomb; des bains de deux ou trois heures deux fois par jour, deux ou trois applications de sangsues, des lotions d'une décoction de jusquiame et de têtes de pavots; pour boisson une limonade minérale et deux ou trois verres d'eau de Sedlitz, sont les premiers moyens à employer; les lotions d'eau de Goulard, les

bains et les douches de vapeur; les pommades au calomel et à l'alun, les bains avec dix grammes de deuto-chlorure, que l'on peut porter jusqu'à la dose de 16 grammes, viennent ensuite, ainsi que l'usage interne d'eau d'Enghien ou de toute autre eau légèrement sulfureuse. Il n'est pas rare de voir cette maladie résister à toutes les médications les mieux dirigées, quand auparavant elle a été exaspérée par des traitements peu convenables.

Les potions calmantes sont quelquefois la seule ressource qu'on ait pour apaiser les douleurs.

Il est enfin des eczema qui couvrent toute la surface du corps; l'aspect de ces malheureux malades est hideux; une surface rouge, lisse, offre partout des plaies ou des cicatrices, des écailles molles qui, en se détachant, laissent suinter une quantité de sang quelquefois assez considérable. Le corps est amaigri, les fonctions digestives souffrent, le foie est engorgé. Une fièvre lente les consume, le dévoiement est presque continuel, des ulcérations intestinales se développent sans qu'on puisse s'y opposer, et la mort seule peut mettre un terme à leur souffrance. Biett, à qui la thérapeutique des maladies de la peau doit beaucoup, a essayé, contre les larges eczema chroniques invétérés, la teinture de cantharides et les préparations arsenicales, dont il a obtenu plusieurs fois des succès remarquables. *Melius anceps quàm nullum.* Pour moi, j'ai aussi employé ces moyens énergiques dans ces cas désespérés, et dans les pemphigus chroniques qui couvraient toute la peau; mais sous leur administration ou pendant leur emploi, jai vu un dévoiement colliquatif aggraver la situation du malade, et je n'ai pas eu le même bonheur que Biett.

Lorsque sous l'influence d'un traitement un eczema vient à disparaître subitement, et qu'il arrive des accidents graves dans l'un des principaux viscères, ou des épanchements dans les séreuses, il faut à l'instant le suspendre, recouvrir les parties malades de cataplasmes de farine de graine de lin légèrement saupoudrée de moutarde, et agir rapidement sur les organes malades, soit par des évacuations sanguines, soit par des laxatifs, si l'on veut empêcher des accidents graves et prévenir quelquefois une mort prompte. Les médecins qui sont étrangers au traitement des maladies de la peau ne sauraient trop se mettre en garde contre la facilité qu'on a de prescrire des bains sulfureux, des pommades au soufre et au mercure dans le traitement des eczema, surtout au commencement de la maladie : ces moyens, au lieu de le diminuer, augmentent le mal. Dans d'autres articles, je reviendrai sur cette maladie, parce que c'est celle qui se présente le plus souvent à l'observation, et qu'il faut bien la connaître; et je passerai ensuite en revue les diverses maladies de la peau.

ÉMERY.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'EMPLOI DE L'ÉLECTRO-PUNCTURE DANS LE TRAITEMENT DES SURDITÉS TENANT A LA PARALYSIE DU NERF ACOUSTIQUE.

La pathologie des organes auditifs, c'est un fait incontestable, a fait depuis trente ans de notables progrès. Il est plusieurs affections de l'oreille dont la cause était jusqu'ici ou négligée ou inconnue, qui, mieux appréciées aujourd'hui dans leur nature, guérissent assez facilement par l'emploi des moyens thérapeutiques qui leur sont propres. De ce nombre sont certaines surdités catarrhales, et celles qui tiennent à un état pathologique du pharynx, des amygdales ou de la trompe d'Eustache. Des gargarismes, des cautérisations, le cathétérisme de la trompe d'Eustache, l'injection de l'air dans l'oreille par ce conduit, triomphent assez souvent des altérations dont il est question.

Mais il n'en est pas de même des surdités par paralysie du nerf acoustique. Ici, malgré les travaux remarquables des médecins distingués qui ont fait des maladies de l'oreille l'objet spécial de leur étude, toujours même obscurité sur les causes, toujours même impuissance des moyens curatifs.

Mon but, dans cet article, est d'appeler de nouveau l'attention de mes confrères sur une méthode pour ainsi dire abandonnée dans ces cas, et à laquelle j'ai dû, depuis quelques mois, des succès inespérés dans la surdité par paralysie du nerf acoustique; cette méthode, ou plutôt ce moyen, c'est l'électro-puncture employée, je crois, d'une manière plus directe, plus rationnelle qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent.

Avant d'en venir à la description de mon procédé, et aux observations particulières qui en montreront les avantages, dirai-je un mot sur quelques-unes des causes qui avaient amené la paralysie du nerf acoustique, et la surdité chez les malades que j'ai eu à traiter, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit en ville? J'ai noté, comme causes les plus fréquentes chez ces sujets, l'exposition dans un courant d'air froid, la commotion, la dentition. La paralysie du nerf acoustique, du reste, peut être, comme toutes les autres, complète ou incomplète; elle peut se borner à une oreille ou frapper les deux à la fois. L'on conçoit très-bien que, dans une secousse qui vient ébranler violemment la tête, le nerf très-mou qui conduit le son peut être déchiré: alors la surdité est complète et incurable. Mais il est des cas, et j'en ai observé, où la commotion n'a eu pour conséquence que l'ébranlement du nerf,

qui alors a bien subi une atteinte dans ses fonctions, mais n'a pas été désorganisé. Dans cette dernière circonstance, la faculté auditive n'est que pour un temps abolie ; elle se rétablit d'elle-même, ou peut être rétablie par le traitement. Le nerf acoustique peut être aussi paralysé par l'action des ondes sonores trop violentes. Itard a rapporté des exemples d'artilleurs devenus sourds derrière leurs pièces. J'ai connu un individu qui avait été frappé de surdité par suite de l'habitation dans un clocher où se trouvaient des cloches d'une grande dimension ; cet homme, devenu sacristain, ayant été enlevé à l'action de cette cause, a recouvré l'ouïe. La dentition peut aussi être une cause de la paralysie du nerf acoustique : Itard le pensait. J'en ai observé, il y a peu de temps, un exemple chez une petite fille de l'hôpital Saint-Louis. L'on peut comprendre comment, à la suite de l'inflammation des gencives et de l'irritation du nerf dentaire, se manifeste cette paralysie, en réfléchissant que le nerf acoustique s'anastomose au fond du conduit auditif interne avec le nerf facial, qui donne naissance à une branche que l'on appelle corde du tympan, laquelle a des communications avec la cinquième paire qui, comme on le sait, fournit le nerf dentaire.

Quoi qu'il en soit, ce que nous répétons ici, c'est que la cause la plus ordinaire de la paralysie chez nos malades, a été l'exposition à un courant d'air. Les sujets qui se sont présentés à nous avaient la plupart commencé à éprouver les symptômes d'une irritation du conduit auditif, de la caisse et de la trompe d'Eustache, mais sans suppuration ; puis, peu à peu, après des bourdonnements dans les oreilles, après des douleurs fugaces dans la tête, ils avaient vu graduellement l'ouïe perdre de sa finesse, et enfin, après un temps plus ou moins long, et jamais instantanément, ils étaient devenus sourds.

Chez aucune des personnes que nous avons traitées, il n'y avait aucun obstacle à la libre circulation de l'air, ni des sons, ni dans le conduit auditif, ni dans les trompes d'Eustache ; la gorge était nette et les amygdales avaient leur volume normal.

Nous dirons encore que ce n'est qu'après avoir soumis ces malades, sans aucun résultat notable, aux divers traitements ; qu'après avoir employé inutilement chez eux les dérivatifs sur le canal intestinal, les vésicatoires derrière les oreilles, les moxas ; qu'après avoir fait des injections dans le conduit auditif, dans la trompe d'Eustache ; qu'après avoir usé de la cautérisation, que, n'apercevant chez ces différents sujets aucune amélioration, ou que de très-légères, nous avons songé à agir directement sur l'organe de l'audition lui-même, au moyen de l'électro-puncture, afin de réveiller la sensibilité du nerf acoustique.

Voici en effet la manière dont nous employons l'électricité ; l'on verra

que nous touchons au mécanisme lui-même, en vertu duquel le nerf acoustique doit être rappelé à ses fonctions, quand elles ne sont pas complétement perdues.

La sonde d'Itard est introduite par la fosse nasale dans la trompe d'Eustache, et dans cette sonde on fait glisser une longue aiguille fine à acupuncture, de manière à venir l'implanter dans un point des parois de la trompe d'Eustache, tandis que l'autre extrémité sort en dehors de la sonde; une autre aiguille à acupuncture est implantée dans la membrane du tympan, on arrive directement et sûrement sur cette membrane, à travers le conduit auditif externe, en faisant élever le pavillon de l'oreille par un aide. Cela fait, l'on passe l'un des fils conducteurs d'une pile galvanique, dont l'auge est préalablement chargée avec l'eau et l'acide hydrochlorique, dans l'œil d'une des aiguilles, et au moyen du conducteur de l'autre pôle de la pile on touche l'aiguille opposée.

J'ai employé d'abord en commençant huit paires de la pile, puis je suis arrivé à dix, à douze paires, enfin j'ai été jusqu'à mettre dix-huit paires, et dans ce moment j'ai des malades à l'hôpital Saint-Louis qui ont subi plusieurs séances, et chez lesquels j'agis avec la pile entière, dont l'auge renferme quarante paires métalliques.

A l'instant où les deux pôles sont mis en communication, il y a un ébranlement très-douloureux dans l'oreille et dans la tête, avec mouvements convulsifs de la face; mais cette secousse et cette douleur cessent immédiatement. Chez une seule malade, l'impression s'en est fait sentir pendant huit jours, mais tout s'est borné à une légère douleur sans accident, laquelle s'est éteinte d'elle-même. Il faut ajouter que les malades qui sont soumis à l'électricité de cette manière sont pendant quelques instants comme étourdis, et conservent quelque temps après l'expérience un air étonné.

La séance se borne le plus souvent à une seule secousse, quand les malades sont irritables; j'ai donné deux et même trois secousses chez les personnes dont la sensibilité est plus obtuse, et qui ont déjà été soumises à l'électro-puncture.

En général, je mets huit jours entre chaque épreuve.

Parmi les faits que j'ai recueillis, je citerai les suivants :

Obs. I. Une jeune fille nommée Spenger, âgée de douze ans, demeurant rue du Faubourg-Poissonnière n° 10 bis, est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 8 juillet dernier, pour y être traitée d'une surdité de l'oreille droite, résultant de la paralysie du nerf acoustique de ce côté. Cette paralysie datait de sept ans, et était survenue sans qu'on pût en dire la cause. Depuis ce temps, cette petite fille ne pouvait percevoir aucun son articulé; quand on lui parlait, même très-haut, elle n'entendait de cette

oreille qu'un bourdonnement confus. Il y avait eu, il y a quelques années, un écoulement puriforme par le conduit auditif externe, mais il avait cessé; la malade n'éprouvait aucune douleur. Les injections diverses n'ayant en rien modifié cette surdité, qui était complète à droite, je pris le parti de recourir, le 23 juillet, à l'électro-puncture. J'introduisis, comme je l'ai dit, la sonde d'Itard, puis l'aiguille à acupuncture, puis faisant élever le pavillon de l'oreille, j'implantai la seconde aiguille dans la membrane du tympan, et j'établis le courant électrique. A l'instant la malade eut des mouvements convulsifs des muscles de la face, et ressentit dans l'oreille et dans la tête comme des coups violents très-douloureux; je retirai les aiguilles et la sonde, l'opération était terminée. La malade resta quelques instants comme étourdie, puis elle se remit complétement; je lui adressai alors la parole, et quel fut mon étonnement! la surdité avait complétement disparu par cette seule secousse électrique, et la malade percevait, de la manière la plus distincte, tous les mots qui étaient prononcés, tous les sons, quelque faibles qu'ils fussent.

Le lendemain et les jours suivants cette guérison se maintint; néanmoins, je voulus répéter l'action électrique le 26 juillet; tout se passa comme la première fois; mais cette expérience ne pouvait rien donner de nouveau, car la première avait complétement guéri la malade, ce qui a été suffisamment établi pour tous les assistants par un séjour de plus d'une semaine qu'a fait encore cette jeune fille à l'hôpital.

Obs. II. Marquette, âgée de vingt-sept ans, avait eu une ouïe parfaite jusqu'à l'âge de dix-huitans, époque où elle eut la petite vérole. A la suite de cette maladie, cette femme vit ses facultés auditives diminuer peu à peu, jusqu'au moment où elle devint sourde à peu près complétement. Lorsqu'elle vint me consulter à l'hôpital Saint-Louis, elle n'entendait qu'avec la plus grande peine, même quand on criait très-fort, et encore confondait-elle ce qu'on lui disait. Cette malade présentait une particularité qu'Itard a notée, c'est qu'au milieu du bruit, étant par exemple dans une voiture qui roulait avec fracas sur le pavé, elle entendait ce qu'on lui disait, même en n'élevant pas la voix, et qu'elle n'entendait plus lorsque la voiture s'arrêtait et que le silence se rétablissait. Cette singularité tient-elle à l'ébranlement imprimé au corps, et par suite au nerf auditif lui-même? Nous ne saurions le dire, et nous nous bornons seulement à noter ce fait.

Comme chez nos autres malades, nous avons constaté chez celle-ci l'absence de toute altération du côté de la gorge et du conduit auditif.

Nous avons donc songé dès lors à combattre cette surdité par l'électricité, au moyen des deux aiguilles, l'une dans la trompe d'Eustache,

l'autre dans la membrane du tympan ; nous avons établi le courant galvanique ; deux secousses, presque coup sur coup, ont été données à cette malade, et lui ont fait éprouver de vives douleurs ; elle est restée étourdie et étonnée quelques instants. Mais immédiatement elle a annoncé elle-même qu'elle entendait très-bien. En effet, elle a distingué aussitôt avec facilité les paroles que nous lui avons adressées à voix basse. Depuis lors, et il y a plusieurs semaines, cette guérison ne s'est pas démentie.

Obs. III. Un curé de la Normandie avait éprouvé une douleur d'oreille à la suite d'un courant d'air ; peu à peu son ouïe avait baissé, enfin il était devenu à peu près complétement sourd, car il fallait crier très-fort pour se faire entendre, même incomplétement. Il est venu à Paris, où je l'ai soumis à l'électricité. Deux secousses lui ont été données comme à la malade précédente, dans une première séance, et autant dans une seconde, qui a eu lieu huit jours après. Une amélioration très-marquée a suivi chaque expérience. Ce prêtre a été obligé d'aller reprendre la direction de sa cure, et n'a pas pu terminer son traitement ; néanmoins, quand il est parti, il entendait assez distinctement. Cette guérison laisse bien quelque chose à désirer ; néanmoins, nous avons appris que le mieux que nous lui avons procuré s'est parfaitement maintenu.

Obs. IV. M. Le B..., demeurant rue Croix-des-Petits-Champs, a reçu mes soins pour une surdité par suite d'une paralysie des deux nerfs acoustiques. M. Le B..., d'une constitution nerveuse, a vu graduellement, sans cause connue, s'éteindre dans les deux oreilles la faculté auditive. Il dit n'avoir jamais eu de suppuration du conduit auditif, ni éprouvé aucune maladie de la gorge. Son état l'expose à des courants d'air fréquents. Lorsque ce malade s'est présenté à moi, il n'entendait que très-difficilement, et encore fallait-il crier à tue-tête à ses oreilles. Il a remarqué aussi que dans la rue, lorsqu'il y avait beaucoup de bruit, il entendait mieux que dans son appartement. Deux séances d'électricité qui ont eu lieu à huit jours d'intervalle, et composées chacune de trois secousses galvaniques, ont rétabli complétement chez ce malade la fonction de l'ouïe. Cette guérison s'est également maintenue parfaite.

Je pourrais augmenter le nombre de ces observations, mais comme elles se ressemblent à peu près toutes, cela n'ajouterait rien au fait pratique que je veux établir ; il suffira de dire que j'ai traité jusqu'ici au moins une cinquantaine de malades, présentant par suite de la paralysie du nerf acoustique une surdité complète ou incomplète. Je puis assurer que chez plus de la moitié de ces malades la surdité a été entièrement enlevée, ou considérablement diminuée.

Nous désirons que les faits que nous produisons ramènent les méde-

cins à l'emploi de l'électricité dans la surdité par paralysie du nerf acoustique. Itard avait établi l'opinion que ce moyen était très-rarement utile; il déclarait n'en avoir retiré aucun effet dans les diverses circonstances où il l'avait mis en usage. Mes nouvelles recherches contredisent, comme on le voit, l'opinion d'Itard. Quant à expliquer la différence qui existe dans nos résultats, on ne le pourrait que par la différence du procédé employé par chacun de nous pour mettre en jeu l'électricité; or, Itard ne dit pas la manière dont il a utilisé cet énergique agent de curation.

Ce que nous pouvons affirmer, c'est que l'électro-puncture, employée par nous comme il a été dit, a amené constamment une amélioration marquée chez les individus qui étaient sourds depuis longues années, et qui paraissaient complétement incurables; et que par son usage, nous avons vu chez les personnes moins profondément atteintes, les facultés auditives devenir aussi complètes que si le nerf n'avait pas été paralysé. Nous ajoutons que les sujets que nous avons suivis assez longtemps après leur guérison entendaient aussi complétement, aussi parfaitement que le jour même de l'emploi de l'électricité.

Ce procédé agit en effet avec beaucoup de force et d'énergie; l'électricité balaye pour ainsi dire toutes les voies de l'audition, elle ébranle tout le système nerveux de l'oreille; son action est portée par la corde du tympan, qui traverse le tambour sur le nerf facial, et enfin par les anastomoses sur le nerf acoustique paralysé.

Ajouterons-nous, en terminant, un mot relativement à l'action qu'a pu avoir chez nos malades la piqûre de la membrane du tympan? Nous savons qu'on a prétendu avoir guéri quelques surdités, par la seule ouverture de cette membrane. Nous ne rechercherons pas si ces faits sont exacts, nous dirons seulement que chez nos malades il n'y a pas eu rupture de cette membrane, qu'il y a eu simplement piqûre par une aiguille extrêmement déliée, qui n'a pu produire aucune perte de substance. Du reste, nous avions acupuncturé cette membrane chez plusieurs sujets, avant d'employer chez eux l'électricité, et cela n'avait rien produit. N'avons-nous pas vu, du reste, certains malades chez lesquels il a fallu recourir deux, trois fois, et même chez quelques-uns, six, sept, et huit fois différentes à l'électro-puncture pour obtenir la guérison? Si la piqûre seule du tympan avait pu rendre l'ouïe, elle aurait été efficace à la première fois. Cette objection ne peut donc être faite à l'action de l'électricité, qui à elle seule a possédé l'action curative dans les cas que nous avons rapportés consciencieusement.

Jobert de Lamballe.

DE LA CAUTÉRISATION PHARYNGÉE AVEC LE NITRATE ACIDE DE MERCURE DANS QUELQUES AFFECTIONS SPÉCIALES,

Par M. PAYAN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix [1].

L'arrière-bouche est une de ces régions du corps qui, thérapeutiquement parlant, ne nous paraissent pas avoir encore suffisamment fixé l'attention des pathologistes, bien que de fort habiles praticiens s'en soient occupés. Le gosier est en effet une espèce de confluent où finissent d'une part les fosses nasales et la bouche, où commencent le larynx et l'œsophage, et avec lequel viennent communiquer encore les organes de l'ouïe par le moyen des orifices pharyngiens des trompes d'Eustache. La membrane muqueuse qui en tapisse la cavité, étant elle-même la continuation de la muqueuse de la bouche et de celle des narines, va se porter ensuite dans les conduits laryngés et œsophagiens pour les tapisser également et y éprouver les modifications vitales et sensoriales qui sont propres à ces organes.

Que d'autres parties importantes ne remarquons-nous pas encore vers la région pharyngée? C'est d'abord le plexus pharyngien, cet admirable entrelacement nerveux formé par les rameaux spéciaux que lui envoient le pneumo-gastrique, le glosso-pharyngien, le nerf grand hypoglosse, un rameau du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, le nerf laryngé supérieur et un filet du nerf spinal. Ce sont tous ces rameaux qui, inextricablement unis entre eux, forment cette espèce de *consensus nerveux* qui constitue une étroite et sympathique union entre les divers organes auxquels leurs filets vont propager l'innervation et la vie.

C'est encore dans ce voisinage que cheminent le pneumo-gastrique, le nerf spinal, le grand hypoglosse, le glosso-pharyngien, que se trouvent les deux ganglions cervicaux supérieurs du grand sympathique et le filet de communication qui les unit l'un à l'autre. C'est dans le même voisinage que coulent librement les colonnes sanguines des artères carotides internes et externes, ainsi que le sang noir des volumineuses veines jugulaires internes.

Voyez aussi combien sont nombreux les états morbides qui se déclarent en cette région. Nous trouvons d'abord la pharyngite franche avec tous les phénomènes qui peuvent caractériser une inflammation de cette nature dénuée de toute complication; ensuite l'angine catarrhale ou tonsillaire, l'angine aphteuse, l'angine couenneuse ou pseudo-membraneuse, l'angine gangréneuse et l'angine syphilitique. Dans la variole, la scarlatine, la rougeole, la muqueuse gutturale devient encore le siége

[1] Extrait du Mémoire couronné.

d'une phlegmasie que l'on pourrait avec quelque fondement dénommer, selon le cas, angine varioleuse, scarlatineuse, rubéolique. — Dans les maladies chroniques des poumons ou des bronches, la muqueuse gutturale manque rarement d'être plus ou moins affectée. — D'étroites sympathies lient la muqueuse gutturale avec la peau, ce qui occasionne parfois des états maladifs en ce point provenant de répercussions intempestives de maladies cutanées.

Depuis que nous avons plus spécialement porté notre attention sur cette partie du corps, nous avons reconnu encore en elle d'autres états maladifs qui restent souvent inaperçus et dont nous dirons un mot tout à l'heure. Qui ne sait enfin que dans bien des affections spasmodiques, des phénomènes remarquables, et qui le paraîtraient bien davantage s'ils étaient moins communs, se remarquent encore du côté du gosier? Qui ne sait le phénomène encore bien peu compris de la boule hystérique, cette espèce de jugulation nerveuse? Et cet autre phénomène des étreintes spasmodiques qui, dans certaines conditions nerveuses encore, chez les femmes surtout, opposent parfois un obstacle invincible à toute déglutition, même des substances liquides, comme une de mes malades m'en offre en ce moment un remarquable exemple; étreintes spasmodiques qui acquièrent leur summum d'intensité dans les cas d'hydrophobie?

Je disais qu'il existait quelques états maladifs peu étudiés, résidant en cette région. Il n'est point rare en effet de trouver des sujets qui, tout en ayant les apparences de la santé, se plaignent d'un certain état de sécheresse de l'arrière-bouche, et même parfois de douleurs confuses et sourdes à peine perceptibles, qui les portent souvent à vouloir avaler la salive, à expectorer des mucosités que, par une fausse sensation, ils croient y exister. Cet état détermine souvent aussi une petite toux sèche, assez incommode. On n'attache pas généralement d'importance à ces symptômes : on se contente de conseils insignifiants; cependant ces signes morbides méritent plus d'attention, car ils indiquent souvent le début de maladies plus sérieuses. Je suis même assez porté à croire que parfois la phthisie peut bien être la conséquence de ces petites toux sèches qui ne reconnaissent pour cause qu'une irritation pharyngée. Eh bien, si dans ces cas la langue est abaissée par les doigts indicateurs et médins appuyés sur elle, tandis que le pouce appuie derrière le menton, au-devant de l'os hyoïde, ce qui constitue le meilleur procédé explorateur de la région pharyngée, et que l'on examine alors ce qui se passe dans l'arrière-bouche, on sera étonné de trouver généralement quelque altération dans l'aspect de la muqueuse qui la tapisse : tantôt on la verra pâle, tantôt d'un rouge très-intense, tantôt couverte d'une espèce de pseudo-membrane, tantôt représentant un état comme variqueux, etc.

Je suis entré dans ces détails préliminaires parce que j'ai eu souvent recours à la cautérisation avec le nitrate acide de mercure étendu d'eau, ou même pur, pour corriger plusieurs des états morbides dont il a été question. J'ai relaté aussi les connexions les plus importantes qu'avait le plexus pharyngé, car nous aurons à dire comment, par cette même cautérisation, nous avons pu parfois stimuler des organes éloignés qui avaient besoin de l'être. Comme c'est facile à comprendre, si une forte stimulation, telle que celle qui résulte de l'application d'un caustique, est produite sur le pharynx, elle ne peut que se transmettre au plexus pharyngé, caché et protégé par la muqueuse de cette cavité, lequel à son tour la communique comme une décharge électrique aux nombreux filets qui viennent communiquer avec lui ou qui en partent. Par là en effet on peut exciter le poumon, l'estomac, la langue, etc.; on peut même, nous le croyons du moins, tendre de la sorte à régulariser certaines fonctions altérées dépendantes de la vie organique. Quelques exemples, quelques observations serviront à démontrer ces assertions; mais avant d'en venir à l'indication des états morbides auxquels la cautérisation pharyngée nous paraît devoir s'appliquer avec avantage, disons un mot sur la manière de pratiquer celle-ci.

Nous nous servons à cet effet, au moins le plus souvent, d'un mélange de cinq ou six parties d'eau, avec une de nitrate acide de mercure pur, ce qui constitue un liquide doué encore de beaucoup de force. Si plusieurs cautérisations sont nécessaires, ce qui arrive assez souvent, les proportions du caustique sont plus fortes; quelquefois même celui-ci doit être pur, quand on se propose par exemple de produire une stimulation d'une très-grande énergie. Pour porter le liquide caustique, nous nous servons d'un de ces pinceaux en poils de blaireau, ramassés en faisceau, et fixés à l'extrémité d'un tuyau de plume à écrire, et tels que les marchands de couleurs les vendent. Ce pinceau, étant préalablement emmanché d'une tige quelconque, assez longue, nous le trempons dans le liquide caustique, et, après avoir mis à découvert l'arrière-gorge, en abaissant la langue avec les deux doigts, de la manière que nous avons indiquée, nous promenons rapidement le pinceau dans la cavité pharyngée. La sensation première qu'éprouve le malade est d'abord assez pénible, mais elle se calme bientôt par un gargarisme aqueux, dont on fait immédiatement usage. — Quelquefois ces cautérisations sont suivies de nausées, de quelques vomissements même, qui ne sont pas défavorables aux malades. — Trois ou quatre jours après une première cautérisation, on peut en faire une seconde, etc. — Après la cautérisation, la muqueuse pharyngée blanchit légèrement; une excitation assez vive est produite sur elle; beaucoup de mucosités sont par suite expec-

torées par les malades; quelquefois même, dans leurs efforts, ceux-ci rendent de véritables débris pseudo-membraneux, surtout lorsque la cautérisasion a été faite avec le caustique très-concentré. Dans la première journée, les malades sont comme atteints d'une véritable angine gutturale; mais tout ceci ne tarde pas à s'apaiser, et à laisser les malades dans un bien-être réel.

La cautérisation pharyngée avec le nitrate acide de mercure convient contre les angines qui entretiennent la toux ; c'est à nos yeux le moyen le plus efficace pour en finir vite avec les irritations chroniques de l'arrière-bouche, et avec les symptômes morbides qui en dépendent...

Appelons maintenant l'attention, par des faits, sur quelques autres applications de la cautérisation pharyngée, par nous pratiquées contre des états morbides où, certes, on ne se serait pas de prime abord avisé qu'elle pût convenir.

Irritation gutturale; hémoptysie; palpitations nerveuses; insomnies, etc. Cautérisation pharyngée; guérison.

M. H..., brasseur de bière, âgé d'environ trente-quatre ans, malgre, venait d'avoir quelques accès d'hémoptysie, et avait été saigné deux fois. Son médecin, à cause de ses nombreuses occupations, le négligeant un peu, il me fait prier d'aller le voir. Je le trouve très-préoccupé de son état, maigre, éprouvant des douleurs vagues çà et là dans l'intérieur de la poitrine, croyant avoir un goût de sang dans la bouche, rendant encore parfois des crachats un peu colorés de sang, éprouvant fréquemment des mouvements tumultueux du côté du cœur, qui passent ensuite; n'ayant que peu d'appétit. Il me manifestait le désir que je le saignasse encore, ce à quoi je ne voulus pas consentir, m'étant contenté de lui conseiller un régime léger et restaurant, du repos, de la tranquillité d'esprit, quelques boissons adoucissantes.

Je le revois quelques jours après; son état ne s'est point amélioré; toujours les palpitations nerveuses, les douleurs vagues de la poitrine, le sommeil agité, l'appétit incomplet, une toux sèche qui se produit fréquemment, quelques picotements du côté du gosier. Le malade a une grande tendance à s'impatienter, et c'est alors, quand il cède à la colère, qu'il éprouve une agitation générale qui lui était naguère inconnue, et qui se manifeste principalement dans la poitrine et lui fait craindre quelque hémorrhagie bronchique ou pulmonaire nouvelle.

Ce qui me paraissait le mieux indiqué dans cette circonstance, c'était de régulariser l'action nerveuse de la poitrine, qui, chez ce sujet, était surexcitée. Mais quel devait être le moyen d'y parvenir? quelques essais, dans des cas analogues, de la cautérisation pharyngée me portèrent à recourir à ce moyen, et la confiance qu'avait en moi le malade, qui comprenait fort bien, du reste, que les autres moyens que l'on employait contre son état, même la digitale, dont j'avais omis de parler, n'agissaient que comme de très-impuissants palliatifs, le porta à consentir à ce moyen. Cautérisant, en effet, le pharynx, j'agissais secondairement par là même sur le plexus pha-

ryngé, et par ce dernier et par la transmission de l'excitation qu'il devait éprouver, je pouvais réagir sur le pneumo-gastrique et même sur le système ganglionnaire, qui, lui aussi, concourt à la formation des plexus pulmonaires et cardiaques. Ayant donc abaissé la langue, je promenai le pinceau humecté du liquide caustique à un sixième dans le gosier; le malade se gargarisa immédiatement après. M. H..... cracha beaucoup dans le jour, rendit beaucoup de glaires, pour me servir de son expression, éprouva de la cuisson vers le gosier. — La nuit d'après fut des plus calmes : le malade dormit d'un sommeil tellement tranquille, que depuis un mois il n'en avait pas éprouvé d'aussi bienfaisant et d'aussi durable.

Je revois le malade deux jours après : son état est satisfaisant; il m'annonce que depuis la cautérisation il n'éprouve plus ces bouillonnements de la poitrine, ces palpitations incommodes qui l'affectaient péniblement; l'appétit est aussi revenu; il se sent en un mot bien mieux; la toux est bien diminuée aussi.

Quelques jours après, à la suite d'une émotion qui lui a été causée par une colère, il se sent encore fatigué, agité comme auparavant, et demande lui-même une autre cautérisation. Je porte encore le pinceau jusque dans l'arrière-bouche. Cette nouvelle application du caustique fut la dernière. Comme la première fois, il survint encore de la tranquillité et la cessation des symptômes d'agitation nerveuse. Pour empêcher cette fois une autre récidive, nous recommandons au malade d'éviter tout ce qui peut lui occasionner quelque émotion pénible; nous lui prescrivons de fumer des cigarettes de feuilles de belladone, de porter de la flanelle sur le corps, de prendre des crèmes au racahout, et même le lait d'ânesse, pour lui donner un peu d'embonpoint. Ces conseils furent suivis, et ce malade n'a plus eu d'hémoptysie ni aucun autre des indices qui nous avaient fait redouter l'invasion d'une phthisie tuberculeuse.

Quelque étrange qu'il puisse paraître d'abord d'avoir employé la cautérisation pharyngée pour combattre ces spasmes thoraciques, le succès que j'ai obtenu, et sur lequel je comptais, n'en justifie pas moins ce moyen thérapeutique d'un nouveau genre, que je me permettrai de recommander puissamment dans des cas analogues. Voici un autre fait, qui pourrait au besoin encourager pour agir de la sorte dans de pareilles circonstances.

Mlle Del... avait offert pendant quelques jours les symptômes d'une fièvre gastrique; mais nous voyons ensuite, avec quelque surprise, que la convalescence ne se déclarait pas franchement. Ainsi, la malade n'avait presque pas d'appétit; la fièvre était presque nulle, mais il y avait parfois, souvent même, des palpitations nerveuses qui n'existaient pas avant la maladie. Le sommeil manquait, ou plutôt était fréquemment interrompu : la malade se plaignait de toux et de picotements vers le gosier, qui ne paraissaient pas étrangers à la production de celle-ci. — Trouvant dans ce dernier symptôme une indication à l'emploi de la cautérisation pharyngée, je fus d'autant plus enclin à y recourir, que j'espérais qu'elle dissiperait l'espèce d'anxiété, d'agitation nerveuse de la poitrine. En conséquence, sans prévenir même la malade de ce que j'allais faire sur elle, je lui fis ouvrir la bouche et promenai rapide-

ment le pinceau dans l'intérieur de la région pharyngée. Il se passa alors les phénomènes que nous remarquons dans ces cas : il y eut de la cuisson, mais modérément, dans l'arrière-bouche; la malade crachota beaucoup de mucosités épaisses, dans le jour; dans la soirée, elle fut saisie d'un sommeil très-calme; toute la nuit, presque, se passa dans un sommeil peu interrompu. Le lendemain, l'appétit s'était bien déclaré, la malade se sentait plus forte; elle se leva, et cette fois la convalescence fut des meilleures. Rien autre chose ne vint déranger la guérison.

N'est-ce pas, dans ce cas, à la régularisation de l'action nerveuse, procurée par la stimulation du liquide caustique, qu'il faut attribuer l'amélioration survenue, et la cessation des palpitations? Nous croyons qu'il n'y a pas lieu d'en douter.

J'ai employé, à l'exemple du docteur Ducros jeune, de Marseille, qui a surtout préconisé la cautérisation pharyngée dans une brochure qu'il a publiée l'an dernier, ce moyen contre l'épilepsie; mais moins heureux que lui, car il prétend avoir de la sorte guéri plusieurs fois cette redoutable maladie, je n'ai obtenu que des améliorations, mais non des guérisons. Il est vrai que dans les quatre cas de cette maladie que j'ai eu à traiter, je n'ai pas insisté fort longtemps sur ce moyen. Chaque fois, pourtant, la maladie a été amendée pendant la durée des cautérisations.

M. le docteur Ducros jeune a aussi annoncé avoir obtenu d'excellents résultats de la cautérisation pharyngée dans des cas de surdité, même de surdi-mutité, qu'il serait quelquefois parvenu à guérir par ce moyen. Nous n'avons pas eu occasion de l'employer nous-même; mais quelques entrevues que nous avons eues avec le docteur Ducros ne nous permettent pas de refuser croyance aux résultats qu'il a annoncés. — Nous concevons parfaitement, au reste, que la forte stimulation que la cautérisation produit sur la muqueuse pharyngée puisse se propager, par la trompe d'Eustache, jusqu'aux nerfs de l'audition, et exciter utilement leur action, lorsque la surdité ne tient qu'à un état de paralysie, de stupeur des nerfs acoustiques.

Des expériences directes, faites par nous à l'aide de la cautérisation pharyngée, nous ont démontré qu'il n'y a pas de meilleur moyen d'arrêter les accès d'asthme essentiels. Qui ne sait combien ces états morbides de l'appareil respiratoire, qui pour la plupart des auteurs sont des névroses, sont parfois insupportables par l'anxiété dans laquelle ils mettent les malades, qui semblent à chaque instant menacés d'expirer par défaut d'air, etc., et combien sont généralement inefficaces les moyens ordinairement employés, je ne dirai pas pour guérir cette maladie, mais même pour calmer les accès parfois d'une durée très-fatigante? Or, les résultats que j'ai obtenus pour calmer certains états nerveux de la poitrine m'ont donné l'idée d'étendre ce moyen à l'asthme; je

n'ai eu qu'à m'applaudir de son emploi. On peut en juger par l'observation suivante.

Mme M..., tapissière, âgée d'environ trente-huit ans, mère de plusieurs enfants, commença, il y a une dizaine d'années, à souffrir quelque peu d'accès asthmatiques rares alors. Ces accès sont peu à peu devenus plus fréquents, malgré une foule de remèdes pris et ordonnés par un habile médecin. Enfin, depuis une demi-année, elle ne passait pas de mois sans être atteinte de quelque accès dont la durée est de plus de huit jours. — Elle vint me consulter, pour la première fois, le 29 octobre de l'an dernier. Elle avait alors un accès qui durait depuis huit jours et qui la fatiguait beaucoup. Je me contentai, pour cette fois, de lui conseiller un bain de pieds sinapisé, une infusion de lierre terrestre pour boisson, une potion kermétisée.

Le 2 novembre, la malade vient me revoir; elle n'avait, au reste, que la rue à traverser pour se rendre à mon cabinet. Je la trouve toujours fort oppressée, ne pouvant pas lier deux mots de suite par le besoin incessant de respirer. Depuis treize jours, me dit-elle, elle ne dort pas, ou presque pas, obligée qu'elle est, à cause de sa suffocation, de se tenir assise sur son lit. La pâleur de sa figure, ses yeux cernés d'une espèce d'auréole noirâtre, indiquent assez la fatigue produite chez elle par l'insomnie. Elle me demande instamment de lui procurer quelque soulagement. — Je lui déclare alors franchement combien nous sommes peu avancés pour le traitement de cette maladie; mais je lui fais entrevoir le calme que la cautérisation du pharynx pourrait produire chez elle. Elle n'eut pas de peine à y consentir, tant elle était ennuyée de cet état. Je la touche donc au pharynx avec le pinceau imbibé du nitrate acide de mercure étendu de cinq parties d'eau. — L'excitation locale fut vive; pendant une demi-journée la malade rendit beaucoup de glaires; bientôt elle comprit que sa respiration était plus libre : un besoin pressant de dormir s'étant déclaré, elle fut se coucher, et pendant dix heures elle ne cessa de dormir. A son réveil, elle s'aperçut du grand calme qu'elle avait recouvré, car sa respiration était devenue libre, et elle put reprendre dès ce moment ses occupations comme avant son accès.

Le 6 novembre, je fais une nouvelle cautérisation, par pure précaution.

La malade resta sans nouvel accès jusqu'au 26 décembre suivant, c'est-à-dire pendant un mois et trois semaines. Cette fois, la fatigue plus grande de cette personne, à cause des fêtes de Noël, fit renaître une nouvelle atteinte d'asthme, et, le 29 décembre, la malade, comprenant que son accès, quoique moins fort que les précédents, se continuait, vint me demander d'employer encore le pinceau. Je consentis donc à la cautériser encore, et cette fois, comme la précédente, l'accès s'arrêta dans quelques heures, et un profond sommeil s'ensuivit.

Cinq mois et demi se sont ensuite écoulés sans nouvel accès; c'est au point que je considérais cette personne comme guérie, lorsqu'un nouvel accès survint, qui fut encore arrêté, dès le deuxième jour, par une nouvelle cautérisation. — C'était vers le milieu de juin.

Enfin, ces jours derniers, savoir le 15 septembre, un autre accès durant depuis quatre jours, cette malade est venue réclamer de nouveau la cautérisation, qui, comme précédemment, a été suivie prochainement, après l'expuition de beaucoup de mucosités, de la cessation de la suffocation et d'un sommeil réparateur des plus doux.

Nous avons remarqué chez cette malade : 1° la cessation prompte des accès toutes les fois que nous avons employé la cautérisation, et le retour du calme et du repos ; 2° un retard très-prononcé dans l'apparition des nouveaux accès ; 3° moins d'intensité dans la manière d'être de ces derniers ; en un mot, une amélioration telle que nous n'aurions pu l'espérer d'aucun autre moyen.

Chez une seconde malade, asthmatique encore, mais à un degré bien plus intense, et dont la mère avait été aussi, pendant une vingtaine d'années, incommodée d'une névrose pareille, j'ai encore employé la cautérisation pour suspendre les accès. J'en venais réellement à bout, les accès même paraissaient d'abord moins rapprochés ; toutefois, n'obtenant pas toute l'amélioration que j'aurais désirée, j'ai fini par abandonner la malade.

Nous avons, au reste, la conviction que lorsque l'asthme est essentiel, c'est-à-dire qu'il n'est pas symptomatique de quelque lésion organique, la cautérisation pharyngée constitue un moyen sûr de diminuer la durée des accès et même de les faire cesser ordinairement dans quelques heures ; à nos yeux, c'est même le seul moyen à peu près auquel nous ayons confiance dans des cas semblables. Nous avons même étendu quelquefois cette pratique à certaines gênes habituelles de respirer, vulgairement nommées *courtes-haleines*, et constamment avec une amélioration sensible pendant quelque temps. Est-ce seulement à l'abondante expuition de mucosités qui accompagne la cautérisation pharyngée qu'il faut attribuer le mieux que nous obtenons dans ces cas de dyspnée? ou bien est-ce à l'excitabilité puissante qui est par là imprimée à l'innervation pulmonaire? Nous n'hésiterons pas à nous prononcer en faveur de cette dernière hypothèse. Dans l'asthme ou les dyspnées intermittentes, comme dans les dyspnées continues, qui ne tiennent pas à des lésions organiques, nous pensons que c'est le système nerveux qui est affaibli momentanément ou continuellement, et que l'indication la plus rationnelle consiste à le stimuler par les moyens qui peuvent être à notre disposition. Or, un des plus efficaces à nos yeux, c'est la cautérisation pharyngée avec le caustique diffusible dont nous parlons.

Si nous avions plus de temps, nous donnerions plus d'extension à nos idées sur la cautérisation pharyngée. La thérapeutique, qui est encore trop incomplétement fixée sur ce moyen, me paraît devoir en retirer de précieux avantages. Attendons que l'avenir nous éclaire à l'égard de cette médication, sur laquelle l'attention commence à peine à se porter. Il nous semble qu'il y a là un vaste champ ouvert à l'investigation de la pratique médicale. Encore une fois, attendons, et peut-être l'expérience démontrera que par ce moyen on pourra remédier à quelques-unes

de ces névroses pour lesquelles l'art de guérir est, il faut en convenir, encore bien inefficace.

Payan.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR QUELQUES PRÉPARATIONS OFFICINALES AYANT POUR BASE LE CITRATE DE FER.

Le *Journal de Chimie médicale* donne la formule suivante pour la préparation du citrate de fer.

Prenez : Acide citrique cristallisé. . . 3 parties.
Peroxyde de fer hydraté. . . 2
Eau distillée 12

On fait bouillir jusqu'à la dissolution complète de l'oxyde; on filtre, et on ajoute assez d'eau pour remplacer ce qui a été évaporé, et compléter *douze parties* de liquide.

Si l'on veut avoir le citrate sec, on n'a qu'à en verser une légère couche sur un carreau de verre que l'on porte à l'étuve bien chauffée.

Le citrate ferrique obtenu comme il vient d'être dit est d'un beau rouge rutilant; il se dissout très-bien dans l'eau, mais lentement. Sa saveur est fortement acide, astringente et même un peu styptique.

Depuis quelques années, c'est-à-dire depuis que ce sel a été décidément introduit dans le domaine de la thérapeutique, on en rencontre deux variétés bien distinctes dans le commerce de la droguerie : l'une de ces variétés offre les caractères que je viens d'assigner au citrate de peroxyde de fer pur; l'autre présente des caractères tellement opposés, qu'il suffit de la plus simple inspection chimique pour se convaincre que l'on a affaire à un composé salin différent du premier. Ce dernier citrate est d'un rouge verdâtre foncé ; il se dissout incomparablement plus vite dans l'eau que le citrate pur, et sa dissolution, au lieu d'être d'un rouge jaunâtre, est d'un vert tirant sur le jaune.

Enfin, sa saveur est plutôt alcaline que ferrugineuse : en un mot, ce composé est une espèce de citrate double contenant, outre le sel ferrique, une proportion plus ou moins forte de soude ou d'ammoniaque. De là l'explication de la différence de saveur que présente le sirop de citrate ferrique préparé dans telles ou telles pharmacies d'ailleurs également recommandables.

Or, comme il est incontestable pour moi que ces deux préparations martiales doivent avoir des propriétés médicales différentes, les alcalis

ne pouvant être impunément introduits dans l'économie, je crois qu'il serait convenable que les médecins désignassent à l'avenir, d'une manière toute spéciale, si c'est au citrate de peroxyde de fer acide [1], ou bien au citrate de fer alcalin auquel ils désirent s'adresser. Voici comment il conviendrait de régulariser les formules pharmaceutiques ayant pour base l'oxyde ferrique uni à l'acide citrique.

Sirop de citrate de fer acide.

Prenez :	Sirop de sucre. . . .	500 grammes.
	Citrate ferrique sec. .	8 grammes.

Faites dissoudre à froid le citrate ferrique dans cinquante grammes d'eau ; cela fait, placez le sirop sur le feu de manière à lui faire perdre par évaporation juste la proportion d'eau qui a servi à dissoudre le citrate, chose facile à obtenir en faisant usage de la balance, et ramenez ensuite le sirop au degré de cuisson primitive au moyen de la solution ferrique.

Ce sirop renferme un demi-gramme de citrate de peroxyde de fer par trente grammes. Cette préparation offre une saveur martiale très-marquée.

Sirop de citrate de fer alcalin.

Prenez :	Sirop de sucre. . . .	500 grammes.
	Citrate ferrique sec. .	8 grammes.
	Bi-carbonate de soude.	4 grammes.

Faites dissoudre le citrate, ajoutez le bi-carbonate, et opérez du reste comme ci-dessus.

Eau gazeuse ferrée.

Prenez :	Eau.	625 grammes.
	Citrate ferrique sec. . . .	1 gramme.
	Acide citrique.	4 grammes.
	Bi-carbonate de soude. . .	5 grammes.

Ajoutez d'abord le sel de fer et l'acide citrique, puis le bi-carbonate de soude, et bouchez immédiatement, en ayant soin d'assujettir convenablement le bouchon.

Ces deux dernières préparations n'offrent presque pas de saveur ferrugineuse. Le sirop est bien moins désagréable au goût que le précédent,

[1] Je propose de désigner sous le nom de citrate de fer acide le citrate ferrique des chimistes, et sous le nom de citrate de fer alcalin le citrate de fer pur, saturé par la moitié de son poids de bi-carbonate de soude.

et l'eau gazeuse, bien que contenant 5 centigram. de citrate par 30 grammes, est au moins aussi agréable au goût que l'eau de Vichy; mélangée avec du vin, elle n'en trouble pas la transparence, comme cela a toujours lieu avec cette dernière. Enfin elle est très-certainement plus active que l'eau de Vichy; aussi croyons-nous qu'elle pourrait la remplacer avec quelque avantage.

MIALHE.

DU PROTO-SULFURE DE FER HYDRATÉ, COMME NOUVEL ANTIDOTE DU SUBLIMÉ CORROSIF, PAR L. MIALHE.

Il résulte de mes expériences que le proto-sulfure de fer hydraté, corps tout à fait inerte, décompose instantanément le sublimé corrosif en donnant lieu à du proto-chlorure de fer et à du bi-sulfure de mercure, c'est-à-dire à deux substances totalement inoffensives, propriété précieuse qui me porte à proclamer le sulfure ferreux à l'état d'hydrate comme constituant l'antidote par excellence de ce terrible poison.

Je publierai prochainement les détails de mes recherches chimiques, ainsi que les résultats physiologiques des expériences auxquelles je me propose de me livrer à ce sujet. Mais voici dès à présent une preuve chimico-physiologique en faveur de l'efficacité de mon contre-poison, qui me paraît avoir une valeur bien réelle.

Lorsqu'on introduit dans la bouche quelques centigrammes de bichlorure de mercure, on ne tarde pas à avoir cet organe infecté par la saveur métallique insupportable qui le caractérise. Eh bien, il suffit alors de se gargariser avec de l'hydrate de sulfure de fer à l'état de bouillie claire, c'est-à-dire tel qu'il doit toujours être employé, pour voir disparaître comme par enchantement la saveur mercurielle dont il vient d'être question. Ce fait n'a besoin d'aucun commentaire; il parle assez de lui-même; sans qu'il soit nécessaire d'en donner ici l'explication.

Le contre-poison que je propose ne borne pas son effet aux seuls composés salins fournis par le mercure; il peut également servir à annihiler l'action malfaisante de plusieurs autres genres de sels métalliques, et en particulier de ceux de cuivre et de plomb. (Cette note a été communiquée, en mon nom, par M. Soubeiran à l'Académie de médecine.)

—Pour préparer le proto-sulfure de fer hydraté, on fait dissoudre une quantité quelconque de proto-sulfate de fer pur dans au moins vingt fois son poids d'eau distillée privée d'air par l'ébullition, et on en opère la précipitation au moyen d'une quantité suffisante de proto-sulfure de

sodium (hydro-sulfate de soude) également dissous dans l'eau distillée non aérée. On lave ensuite avec de l'eau pure le proto-sulfure obtenu, et on le conserve dans un flacon, bouché à l'émeri, plein d'eau distillée bouillie.

Bien que la préparation du sulfure ferreux soit des plus simples et qu'elle puisse être exécutée en quelques instants, il convient néanmoins de l'avoir toujours préparé à l'avance, afin de ne pas perdre des moments toujours précieux quand il s'agit d'un empoisonnement.

La recommandation de conserver ce sulfure hors du contact de l'air doit être exécutée à la lettre, ce composé ayant une très-grande tendance à passer à l'état de sulfate.

NOUVELLE FORMULE POUR LA PRÉPARATION DU SIROP DE SAPONAIRE.

M. Consseran, pharmacien à Toulouse, a publié dans le *Journal de chimie médicale* une bonne formule pour la préparation du sirop de saponaire. Il recommande de se servir de la racine de saponaire recueillie avant la floraison.

Prenez : Extrait sec de racine de saponaire
préparé par l'alcool à 56° c. . . 60 grammes.
Eau distillée 120
Sirop de sucre 1,000

On fait dissoudre l'extrait dans l'eau chaude, on filtre, et l'on ajoute la solution au sirop suffisamment concentré.

Chaque cuillerée de sirop contient les principes médicamenteux de 8 grammes de racine de saponaire.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR UN ACCOUCHEMENT DE TROIS JUMEAUX VIVANTS — AVEC ENGAGEMENT SIMULTANÉ DE DEUX TÊTES.

Le 7 juillet 1842, à cinq heures du matin, je fus appelé par une sage-femme, rue des Prouvaires, 36, auprès d'une dame, mère de cinq enfants vivants. Cette dame, arrivée au terme de sept mois et demi, était en travail depuis la veille au soir, cinq heures; les eaux n'avaient cessé de s'écouler, les contractions utérines étaient languissantes et faibles; cependant une tête d'enfant était parvenue facilement jusque dans

l'excavation ; mais arrivée là, elle n'avait fait aucun progrès. C'est dans cet état que je trouvai les choses.

Je fus frappé tout d'abord de la forme particulière du ventre, et aussi de son développement, qui ne me parut pas en rapport avec le terme peu avancé de la grossesse ; le palper abdominal donnait aussi des résultats qui méritent d'être notés ; les parties fœtales paraissaient irrégulièrement situées ; elles étaient très-mobiles, et semblaient en plus grand nombre que dans les cas ordinaires. Interrogée sur le lieu où elle ressentait les mouvements actifs, Mme B*** me répondit : « Partout. » Je devais croire à une grossesse gémellaire ; l'auscultation confirma tous mes doutes, mais j'avoue que l'idée d'une grossesse triple ne me vint pas à l'esprit.

Les battements du cœur fœtal s'entendaient dans toute l'étendue de l'abdomen, mais sans isochronisme, et avec un caractère différent suivant le point où on les percevait. A gauche, en bas et en avant, les battements étaient assez forts, mais cependant dépourvus de cette netteté qui caractérise les pulsations du cœur fœtal ; on entendait comme plusieurs battements combinés ; en haut et à droite, au contraire, les pulsations, sans être plus fortes, étaient bien plus nettement déterminées. Après ces investigations, je m'occupai de constater la cause qui s'opposait à l'expulsion du produit.

La tête qui se présentait en position occipito-iliaque gauche antérieure, était petite et n'était pas assez exactement serrée dans l'excavation pour que les contractions, quoique faibles, n'eussent dû depuis longtemps l'expulser ; il devait donc exister un obstacle au détroit supérieur. Ma main droite, introduite assez facilement dans la concavité du sacrum, pénétra jusqu'au détroit supérieur. Je reconnus alors la cause du retard de l'accouchement. Une seconde tête se présentait immédiatement après la première, et était fortement fixée au détroit supérieur. Elle s'était logée dans l'espace compris entre la tête et l'épaule du premier enfant, et s'opposait à l'engagement des épaules de ce premier fœtus. Je parvins à soulever un peu cette tête, puis j'administrai à la mère un gramme de seigle ergoté fraîchement pulvérisé dans un demi-verre d'eau sucrée. Sous l'influence de ce médicament, les contractions se ranimèrent ; au bout d'un quart d'heure le premier enfant franchissait le détroit inférieur, suivi immédiatement du second. Il était sept heures du matin. Ces deux enfants, tous deux du sexe masculin, étaient asphyxiés ; cependant, après quelques minutes de soins soutenus, à l'aide de l'exposition à un air frais, des ablutions froides et des frictions sur la poitrine, la respiration s'établit, tous deux jetèrent les cris accoutumés.

De retour auprès de la mère, je ne fus pas médiocrement surpris de

trouver encore l'abdomen très-développé : j'auscultai, et j'entendis très-distinctement, en haut et à droite, les battements du cœur d'un troisième enfant. Je pratiquai immédiatement le toucher, et je sentis au détroit supérieur une poche amniotique volumineuse ; je la rompis, et je pus constater la présence de l'extrémité pelvienne en position sacro-iliaque droite postérieure, et même annoncer aux assistants que ce troisième enfant était du sexe masculin ; j'eus soin toutefois de dissimuler à la mère la naissance prochaine de ce troisième enfant. Cette extrémité pelvienne s'engagea peu à peu, et à huit heures moins dix minutes l'enfant, très-bien portant et bien plus fort que ses frères, respira et cria immédiatement. La délivrance ne s'effectua que vingt minutes après l'expulsion du dernier produit. J'aurais pu la rendre plus rapide, mais je me suis bien gardé de hâter l'expulsion du placenta par des tractions prématurées et trop énergiques ; 1° afin de laisser à l'utérus, qui avait une si grande distension, le temps de revenir graduellement sur lui-même, et de prévenir ainsi l'inertie de cet organe, et l'hémorrhagie qui en est la conséquence ; 2° parce que je désirais obtenir ce placenta curieux aussi intact que possible. Tout se passa au gré de mes désirs ; l'utérus se rétracta fortement après la sortie du placenta, qui lui-même ne subit aucune lésion.

Cette observation présente plusieurs circonstances qui ne sont pas sans importance :

1° La présence de trois jumeaux du même sexe, venus vivants à sept mois et demi.

2° Le résultat de l'auscultation, qui, aidée du palper abdominal, me permit de constater d'une manière certaine l'existence d'une grossesse gémellaire ; de reconnaître aussi la position occipito-iliaque gauche antérieure du produit supposé seul, et la présentation du pelvis ainsi que la position sacro-iliaque droite de l'autre enfant [1].

3° L'engagement simultané de deux têtes, ce qui constitue un cas de dystocie peu commun à cause de la rareté des grossesses gémellaires où les produits ont tous les deux la tête placée inférieurement, et surtout par suite de la difficulté que deux têtes d'un volume ordinaire éprouvent à s'engager simultanément. Cependant on conçoit que deux têtes

[1] Dans le diagnostic de cette dernière position, il ne m'a pas été possible de reconnaître que c'était une position sacro-postérieure; je l'avais prise pour une antérieure. Ce fait vient encore confirmer ce que j'ai depuis longtemps avancé, c'est-à-dire que s'il est possible de distinguer une position gauche d'une droite, une présentation du siége d'une présentation de la face, il est presque impossible de distinguer une position latérale d'une position postérieure.

d'enfant bien développées puissent s'engager dans un bassin dont le détroit supérieur serait très-large, et dont le détroit inférieur n'aurait que des dimensions normales. Cette circonstance serait alors fort grave; heureusement jamais les jumeaux, à plus forte raison les trijumeaux, n'atteignent leur volume normal.

Dans le cas présent, la tête du second enfant était logée dans le creux du cou du premier; il m'a suffi, pour favoriser l'expulsion de ces deux enfants, de soulever un peu la deuxième tête, et d'activer les contractions utérines; mais si Mme B*** eût été primipare, si les enfants eussent été plus voisins de leur terme, l'introduction de la main entre les parois du bassin et la première tête eût été impossible, et par suite la répulsion de la deuxième tête n'aurait pu être effectuée. Sans doute, des contractions énergiques pourraient encore triompher de cet obstacle; mais cependant s'il en était autrement, quelle conduite l'accoucheur devrait-il tenir? Après avoir ranimé les contractions utérines, et avoir, malgré cela, constaté leur insuffisance, l'accoucheur, qu'il ait ou non diagnostiqué la présence de deux jumeaux, dans l'impossibilité où il est de constater par le toucher la nature de l'obstacle, devrait appliquer le forceps sur la tête qui a pénétré dans l'excavation. Souvent les tractions, qui devront dans ce cas avoir un certain degré d'énergie, suffiront à déterminer l'extraction du premier enfant, dont les épaules glisseront entre le détroit supérieur et la tête du second produit. L'extraction simultanée des deux produits, s'ils n'étaient pas trop volumineux, pourrait encore avoir lieu à l'aide de ces tractions, et dans ce cas les épaules du premier serviraient à extraire la tête du second exactement (qu'on me passe cette comparaison) comme la corde à nœud à l'aide de laquelle on retire un bouchon de l'intérieur d'une bouteille.

Enfin, ce qui ne peut guère être supposé dans ce cas, si le forceps était insuffisant, on n'aurait d'autre recours que dans un moyen extrême, qui consisterait à aplatir la première tête à l'aide du céphalotribe, pour frayer un passage à la main jusqu'au détroit supérieur, et permettre à cette main de constater la nature de l'obstacle. Cette main tenterait la répulsion de la seconde tête, si elle n'était pas impossible; enfin, dans ce dernier cas, il faudrait extraire la tête brisée du produit par la détroncation, afin d'extraire celle du second à l'aide du forceps.

Mais je le répète, la nature, dans ces cas, se suffit le plus ordinairement à elle-même, parce que les enfants, presque toujours d'un petit volume, s'engagent et se dégagent simultanément. C'est ce qui aurait probablement eu lieu tôt ou tard dans le cas qui nous occupe, si les contractions avaient été énergiques.

Cependant la compression de ces deux têtes était assez forte. En effet,

le coronal du second enfant était déprimé longitudinalement et obliquement, et l'on remarquait un sillon rougeâtre assez profond qui s'étendait de la racine du nez à la fontanelle antérieure, et qui résultait de l'impression de la mâchoire inférieure du premier enfant.

La délivrance, que j'ai conservée, présente deux placentas bien distincts, entièrement séparés, sans communications vasculaires, mais unis par les membranes. A l'un de ces placentas s'insère un seul cordon, lequel appartient au fœtus solitaire, qui était plus fort que ses frères; l'autre en possède deux, qui prennent naissance au même point; celui-ci appartient aux deux fœtus que j'appellerai jumeaux.

D'après la disposition des membranes, chacun des trois fœtus était contenu dans un amnios isolé, mais les deux jumeaux ne possédaient qu'un seul chorion, tandis que le fœtus solitaire avait son amnios et son chorion particulier.

Une seule caduque enveloppait les œufs, car il ne fut pas possible, ni à M. Coste, ni à M. Devilliers fils, ni à moi, d'en trouver des vestiges dans les cloisons séparatives des œufs.

La cloison qui séparait l'œuf du fœtus solitaire des deux autres n'était formée que d'un amnios, d'un chorion, d'un chorion et d'un amnios. La cloison séparative des deux œufs des jumeaux n'était constituée que par les deux amnios accolés.

Ces trois enfants, assez forts pour des enfants de sept mois et demi, suçaient facilement l'eau sucrée qu'on leur présentait. Ils furent enveloppés de coton et exposés à une chaleur douce. Malgré ces soins, le plus fort succomba le premier, le lendemain de sa naissance; puis mourut le plus fort des deux jumeaux; quant au plus petit, il ne survécut qu'un jour à ses frères.

J'ai regretté qu'on n'ait pas exécuté dans cette circonstance le conseil que j'avais donné d'avoir une nourrice pour allaiter ces trois enfants, et qu'on se soit contenté d'eau sucrée; car ces enfants étaient dans des conditions de viabilité qui devaient laisser beaucoup d'espoir de les conserver.

CHAILLY-HONORÉ,
Ex-chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris.

UN MOT DE RECTIFICATION RELATIVEMENT A UN FAIT DE GUÉRISON DU RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL.

Dans le mémoire sur la guérison du ramollissement cérébral que vous avez bien voulu insérer dans votre numéro de mai 1842, il s'est glissé une erreur de diagnostic, que je m'empresse de rectifier, aujour-

jourd'hui qu'une ouverture cadavérique m'a permis de la reconnaître.

Il s'agit de la femme Guérineau. Cette femme avait éprouvé, il y a trois ans, une attaque apoplectiforme, accompagnée de circonstances telles, qu'il nous avait paru impossible d'attribuer à une hémorrhagie cérébrale les accidents qu'elle présentait : ainsi, augmentation graduelle de l'hémiplégie pendant deux jours; immédiatement après l'attaque, crampes douloureuses, fourmillements, puis secousses convulsives dans les membres paralysés; fièvre assez forte dès le second jour... Cette femme avait été vue alors par tous les médecins et les internes de l'infirmerie de la Salpêtrière, et tous avaient prononcé le nom de ramollissement ou d'inflammation de la pulpe cérébrale. Depuis, la disparition graduelle de ces accidents, qui n'avaient laissé qu'un peu de faiblesse dans les membres droits, avait dû me faire croire à la guérison d'un ramollissement; et c'est dans ce sens que j'avais publié cette observation.

La femme Guérineau est morte, ces jours derniers, d'une seconde attaque, mais dont la marche plus régulière a permis de diagnostiquer une hémorrhagie cérébrale.

J'ai assisté à son autopsie, grâce à l'obligeance de M. Belin, interne du service de M. Bouvier, où elle a succombé : voici ce que l'on a trouvé :

La couche optique gauche formait un vaste foyer hémorrhagique, plein de sang noir demi-liquide, comprenant un peu de la partie externe du corps strié, s'ouvrant par une étroite perforation dans la cavité du ventricule latéral, et se prolongeant, mais plutôt sous forme de sang infiltré qu'épanché, dans la partie antérieure du pédoncule cérébral gauche et de la moitié gauche de la protubérance.

Dans la substance médullaire qui est en dehors de la couche optique, sous les circonvolutions qui sont en arrière du lobule du corps strié, on trouva une poche dont les parois étaient en contact l'une avec l'autre, sans aucune adhérence. Elle avait l'étendue d'une pièce de deux francs. Elle était tapissée d'une membrane lisse, d'un jaune d'ocre assez foncé, épaisse, mollasse et facile à soulever, contenant, dans son épaisseur, de petits vaisseaux fort déliés. Au-dessous d'elle, les parois de la poche, dans une épaisseur difficile à apprécier, moins d'un millimètre, offraient un peu de dureté et de coloration jaune; puis au delà, elles étaient parfaitement saines.

Dans la partie gauche et postérieure de la protubérance, à l'endroit où les fibres s'écartent pour former le pédoncule, on trouva une cicatrice allongée, ayant de quatre à cinq millimètres de longueur sur deux de largeur et d'épaisseur, blanche et très-dure au centre, jaunâtre

tout alentour. Au centre de la moitié droite de la protubérance, ramollissement grisâtre, avec structure un peu celluleuse, dans une étendue un peu plus grande que celle d'un noyau de cerise.

Il n'est pas permis de douter de l'origine de cette cavité de l'hémisphère gauche, certainement contemporaine des accidents auxquels nous avons assisté il y a trois ans (Guérineau a eu alors une hémorrhagie cérébrale). D'où vient donc cette physionomie insolite qu'ils ont présentée, cette physionomie tellement inaccoutumée, que je n'ai rencontré ni parmi mes observations ni parmi les faits si nombreux réunis dans la science, aucun fait qui puisse être comparé à celui-ci?

Il est probable que cela est dû aux lésions que nous avons trouvées dans la moelle allongée : dans la moitié droite de la protubérance, cette trace incontestable d'un ramollissement ancien; à l'origine du pédoncule cérébral gauche, cette cicatrice sur l'origine de laquelle je ne veux pas me prononcer ici. Je le crois d'autant plus volontiers, que Guérineau nous avait affirmé n'avoir jamais éprouvé de sa vie aucun accident de ce genre, et que, depuis le mois de septembre 1839, je suis certain qu'elle n'a rien présenté de semblable. Or, comme il est difficile d'admettre que ce ramollissement et cette cicatrice aient pu se développer, dans une telle région, d'une façon latente, il faut bien supposer que c'est la coïncidence de ces lésions multiples qui a donné lieu à ces phénomènes si remarquables et si difficiles à interpréter.

Je regrette beaucoup, monsieur le rédacteur, de m'être ainsi trompé dans l'analyse de ce fait; mais peut-être est-il temps encore de réparer mon erreur : et d'ailleurs, cette circonstance sera un nouvel, et non pas inutile exemple de la réserve avec laquelle il faut diagnostiquer les affections cérébrales en général, et de l'obscurité qui règne, en particulier, dans un grand nombre de cas, sur le diagnostic différentiel de l'hémorrhagie et du ramollissement cérébral.

Agréez, etc. MAX. DURAND-FARDEL.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis analytique sur le cancer de l'estomac et sur ses rapports avec la gastrite chronique et la gastralgie, par le docteur BARRAS, 1 vol. in-8°.

M. Barras, dont le nom se rattache si honorablement à la réaction de la philosophie médicale contemporaine contre la théorie de l'irritation,

poursuit avec un zèle digne des plus grands éloges ses intéressants travaux sur la maladie du ventricule gastrique. Après avoir forcé la très-grande majorité des médecins, peut-on dire, engagés dans une fausse route, à distinguer les affections nerveuses et atoniques de cet organe d'avec la gastrite chronique, et avoir formulé d'une manière large les bases du traitement différentiel de ces diverses maladies, M. Barras a pris pour objet d'études nouvelles le squirrhe et le cancer de l'estomac. L'auteur ici se propose un double but. Il cherche d'abord à distinguer de cette affection, plus sévèrement qu'on ne l'a fait avant lui, la névrose et la phlegmasie chronique du principal organe de la digestion. Quand la maladie est à son début, qu'elle n'a point encore imprimé à la physionomie cette teinte et cette habitude si caractéristiques des maladies cancéreuses, quand elle n'est point encore arrivée à ce degré ou qu'elle n'affecte point cette position où le mal peut être saisi par un palper exercé, il ne disconvient pas des difficultés qui entourent le diagnostic. Cependant en analysant rigoureusement les symptômes, en tenant compte des dispositions héréditaires, en suivant avec attention la marche des symptômes, on peut, même dans les cas les plus difficiles, arriver à un diagnostic au moins très-probable. A cet égard, l'auteur signale du côté de la circulation périphérique une expression symptomatique qui nous paraît bien saisie : ainsi dans la gastrite chronique, il y a une petite fièvre lente, qui redouble le soir ; une teinte violacée des lèvres, des conjonctives, des joues mêmes, plus prononcée pendant les digestions et les paroxysmes fébriles que dans les autres moments. Cette teinte est le reflet de l'inflammation chronique de la muqueuse de l'estomac, comme le teint blême, plombé, est celui du cancer gastrique, de telle sorte que, sauf les exceptions, ces deux maladies sont peintes sur la figure des sujets qui les éprouvent, et que la différence des couleurs qu'elles y produisent peut aider à les distinguer l'une de l'autre.

Après ces tentatives de diagnostic différentiel, M. Barras aborde l'importante question du traitement. Ici l'auteur ne partage point le pessimisme désolant auquel, il faut bien en convenir, nous inclinons tous. Suivant lui, quand la maladie est reconnue à son début, ou même lorsque déjà elle est arrivée à un certain degré de développement, il ne faut point encore s'envelopper dans son manteau et faire de la médecine élégiaque à la manière des médecins dont Asclépiade se moquait en les appelant médicateurs de la mort. Tout n'est point désespéré; la science a encore des ressources dont une intelligence sagace peut tirer grand parti. Les moyens que l'auteur préconise d'ailleurs ne sont point nouveaux; ils ont leur place depuis longtemps dans la vieille science : ce sont les fondants et les apéritifs : « Il suffit, dit-il, que le praticien

soupçonne l'existence du mal pour qu'il doive se décider à en tenter l'usage. » Il y a ici, comme en toute question de thérapeutique, un choix intelligent à faire. Il ne faut pas choisir des apéritifs stimulants, comme les gommes-résines et les ammoniacés : au lieu de dissoudre le squirrhe, ils deviendraient une cause d'irritation pour les tissus malades et accéléreraient la marche du mal. L'iodure de potassium (c'est là un médicament bien nouveau), l'oxyde blanc d'antimoine, la ciguë, le calomel, l'acétate de potasse, l'eau de Vichy, émoussés avec des adoucissants, si l'on craint que leur action ne soit trop vive, paraissent à M. Barras les substances les plus propres à faire la base d'une médication fondante. « Autour de ces moyens principaux, ajoute-t-il, on groupe des moyens accessoires, tels que le jus et les cataplasmes de carottes, les frictions et les emplâtres mercuriaux iodurés, cicutés; de petites évacuations sanguines, des exutoires et des bains ; des émollients s'il y a quelque apparence de phlegmasie aux environs de la tumeur ; des narcotiques dans les cas de douleur et de névrose. » Tels sont les moyens, joints à un régime sévère, que l'auteur propose pour conjurer le mal ; et ce ne sont pas là de simples conceptions théoriques basées sur la science du passé : M. Barras cite des faits où la guérison a été le résultat d'une méthode thérapeutique ainsi instituée. Nous n'oserions dire que l'auteur s'est un peu hâté à conclure ; mais nous n'hésitons pas à donner un entier assentiment à ces généreuses tentatives. M. Barras a déjà beaucoup fait ; lui est-il donné encore de reculer les bornes de l'art dans une affection aussi grave que le cancer de l'estomac? Qu'il continue à marcher dans la voie où il est entré : s'il nous y rencontre, ce sera certainement pour encourager ses efforts. C'est avec un grand sens que Percy a dit : « On a nié trop longtemps, et en cela on a beaucoup nui aux progrès de l'art; car l'homme ne traite guère ce qu'on lui a fait considérer comme impossible. »

Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face, selon la méthode par déplacement, ou Méthode française, par **M. Serre**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, etc., 1 vol. in-8° avec atlas.

Les plaisanteries, les sarcasmes, aussi bien que les objections sérieuses, n'ont pas manqué à cette tentative hardie de la chirurgie; mais on peut le dire hautement aujourd'hui, l'autoplastie est sortie victorieuse de cette lutte acharnée qui, en somme, a tourné au profit de l'art, en forçant celui-ci à creuser plus avant, pour établir d'une manière plus solide ses principes. Il est juste de le reconnaître tout d'abord, dans cette lutte à

laquelle les chirurgiens les plus célèbres ont pris part, M. Serre se place au premier rang, non-seulement par la constance de ses efforts pour assurer le triomphe d'idées saines et vraies, mais encore par l'originalité de ses conceptions, et les découvertes réelles qu'il a faites dans cette voie pendant si longtemps abandonnée. A lui donc il appartenait surtout de produire un traité dogmatique de l'autoplastie faciale, et de faire l'inventaire de la science sur ce point important : aussi bien le professeur de clinique de la Faculté de Montpellier n'a-t-il point manqué à sa mission, et nous ne craignons point de le dire, il a rempli celle-ci d'une manière brillante, en publiant le livre dont il s'agit en ce moment. Voici d'ailleurs le plan bien simple suivi par l'auteur dans cette importante publication.

Après avoir, dans une esquisse historique rapide, mais substantielle, indiqué les phases diverses par lesquelles est passée l'autoplastie, depuis son origine jusqu'à nos jours, M. Serre, dans des considérations générales qui portent le cachet d'une science profonde, développe les principes sur lesquels s'appuie cette nouvelle branche de la chirurgie, et montre les heureux résultats dont celle-ci a le droit de se glorifier. Après ces considérations générales, qui initient à la science nouvelle les médecins qui n'auraient porté sur celle-ci qu'un regard distrait, l'auteur expose, avec l'ampleur de détails nécessaire à la conception d'idées qui ne sont point encore monnaie courante dans la science, l'ensemble des règles qui doivent diriger la pratique de l'autoplastie faciale. Ici, M. Serre établit d'une manière péremptoire, suivant nous, la supériorité de la méthode par déplacement, sur toute autre méthode. Par un sentiment de patriotisme qui n'éclôt plus guère que sous le soleil du Midi, il s'attache à démontrer que cette méthode est d'origine française, et qu'en général, sur la question de l'autoplastie, la France n'a rien à envier à l'Allemagne; pour nous, qui sommes tout à fait étranger à ces débats, nous ajouterons, pour être juste, le mot que la modestie de M. Serre n'a point laissé échapper, la chirurgie française doit faire au chirurgien de Montpellier une large part de la gloire qui lui revient dans la création et le perfectionnement de cet art ingénieux. C'est ici surtout que l'auteur expose les idées qui lui sont propres dans la pratique de l'autoplastie : il serait trop long d'analyser ces idées, nous nous contenterons d'observer que M. Serre, fidèle aux principes de la bonne école en chirurgie, ne se borne point à faire de la menuiserie *de pelle humanâ*, il a égard aux diathèses, aux forces des sujets, aux dispositions actuelles de l'organisme, et n'agit que dans des conditions favorables. Ces préceptes généraux posés, l'auteur passe ensuite aux détails, et traite successivement de la cheiloplastie, de la stomoplastie, de la rhinoplas-

tie, de la génoplastie, de la blépharoplastie, de la restauration du sac lacrymal. Il termine enfin par la kératoplastie et l'otoplastie, ou art de restaurer les difformités de l'oreille. Tout ceci est traité de main de maître; on sent là partout l'homme dont la conception originale a fait en partie la science qu'il expose, et le praticien qui a fait ce qu'il a dit. Ceux donc qui ne savent pas, ne peuvent point choisir un meilleur livre pour apprendre; ceux qui savent, chercheraient vainement un meilleur guide pour la pratique. Il y a donc fort peu de bibliothèques dont le traité du chirurgien de l'hôpital Saint-Éloi ne doive finir par apprendre le chemin.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Cheiloplastie de la bouche et de la vulve par un procédé nouveau. — Dans les cas d'atrésie partielle ou complète de la bouche et du vagin, qu'elle soit accidentelle ou congénitale, on sent combien il est difficile d'obtenir isolément la cicatrisation de chacun des bords de l'incision, et par conséquent d'empêcher la reproduction de la difformité. Presque tous les chirurgiens se sont préoccupés de ce point de médecine opératoire; et le plus souvent, il faut le dire, leurs efforts ont été insuffisants. M. Dieffenbach, en recouvrant les lèvres de la plaie avec la membrane muqueuse préalablement disséquée et renversée en dehors, a le premier posé une règle opératoire généralement adoptée aujourd'hui. C'est à cette règle que se rattache le procédé mis en usage avec succès par M. Jobert; identique quant au fond à celui du chirurgien de Berlin, il n'en diffère que par la forme : il est d'ailleurs d'une exécution plus facile.

Obs. I. A la salle Saint-Augustin se trouve une femme de trente-six ans, qui présente une atrésie incomplète de la vulve. Les grandes lèvres, réunies entre elles dans une étendue de cinq centimètres, laissent en avant et en arrière de l'espèce de pont qu'elles constituent par leur fusion, un pertuis; le pertuis antérieur, ovalaire, déprimé, présente à son centre une houppe de poils. Le pertuis postérieur est allongé, et a une longueur de deux centimètres dans son plus grand diamètre. L'urine sort par ces deux parties. Chaque époque menstruelle est marquée par l'accumulation du sang dans le vagin, où il se forme en caillots qui compriment le rectum, et donnent ainsi lieu à une constipation par cause directe et toute mécanique. Le sang ne coule que lentement par le pertuis postérieur, qui est aussi la voie d'écoulement habituelle d'une sécrétion muqueuse assez abondante. Cette disposition anatomique anormale de la vulve paraît

avoir été produite par des brûlures fort anciennes dont la femme n'a pas gardé le souvenir, mais dont il existe des traces sur les cuisses et sur la vulve elle-même, car les lèvres, à leur point de jonction, offrent une surface blanchâtre et d'aspect inodulaire.

Une sonde cannelée introduite par un des pertuis ressort facilement par l'autre; les parties situées en avant de la sonde ont une épaisseur assez grande, il est évident qu'elles sont constituées par la peau, le tissu cellulaire et la membrane muqueuse. C'est sur une sonde ainsi disposée que M. Jobert incisa d'un seul coup le pont formé par l'union des deux lèvres. On put immédiatement constater l'intégrité parfaite de l'hymen, et la fraîcheur de l'orifice du vagin conservé pour ainsi dire à l'état natif derrière l'espèce de voile qui le protégeait.

Immédiatement après que cette incision eut été faite, la surface saignante de ses deux lèvres s'agrandit par le retrait de la peau et de la membrane muqueuse en sens contraire. Voulant, comme cela a lieu dans l'état normal, ramener ces deux membranes en contact bord à bord, et empêcher ainsi une cicatrisation inodulaire plus ou moins propre à reproduire la difformité, M. Jobert eut recours au procédé suivant : il plongea d'avant en arrière et horizontalement dans la membrane muqueuse une épingle dont la tête est tournée vers le vagin, et dont la pointe ressort à l'extérieur; puis il fait exécuter à l'épingle un mouvement de bascule qui ramène sa tête en dehors, de façon qu'après avoir décrit un demi-cercle sans abandonner la muqueuse qu'elle attire avec elle, l'épingle se trouve horizontale en sens contraire. Une fois que le renversement de la membrane muqueuse est assez étendu pour couvrir entièrement la surface saignante de la lèvre de l'incision, le chirurgien enfonce l'épingle d'avant en arrière cette fois, en traversant toute l'épaisseur de la lèvre, et en faisant ressortir la pointe à l'intérieur de la vulve, tandis que la tête reste en dehors. La muqueuse est ainsi traversée une seconde fois, et on obtient une suture en forme d'ourlet de cette même membrane muqueuse. M. Jobert pratiqua ainsi deux points de suture sur chaque lèvre de la vulve.

Dès le deuxième jour il enleva les épingles, et la guérison eut lieu promptement, sans rétrécissement de l'orifice vulvaire.

Obs. II. Ce même procédé a été mis en usage avec un égal succès pour un rétrécissement de la bouche consécutif à l'ablation d'une tumeur cancéreuse de la lèvre. Après avoir prolongé la commissure dans l'étendue de 3 centimètres à gauche, M. Jobert, saisissant avec ses pinces les lèvres de la plaie, tailla chacune d'elles en biseau, aux dépens de leur face cutanée, à l'aide de ciseaux; ainsi la muqueuse n'avait subi aucune perte de substance, tandis que la peau fut enlevée dans une éten-

duc de 7 à 8 millimètres en hauteur sur toute la longueur de la plaie. L'opération fut ensuite achevée d'après les principes que nous avons décrits plus haut, et sur lesquels nous croyons inutile d'insister. Plusieurs points de suture furent pratiqués; et, au bout de quelques jours après l'extraction des épingles, on constata que la muqueuse adhérait partout à la peau; seulement la bouche reste un peu entr'ouverte dans le point où la muqueuse a été ainsi renversée : faible inconvénient, si on le compare à celui dont le malade était atteint.

Iodure de potassium dans les ulcères atoniques. — Plus nous allons, plus nous reconnaissons l'excellence de la médication par l'iodure de potassium dans les cas assez nombreux déjà où ce précieux médicament trouve ses applications. La supériorité de ce moyen dans les accidents syphilitiques secondaires et tertiaires est aujourd'hui incontestable pour tous les praticiens qui y ont eu recours dans cet ordre de symptômes; mais ce qui n'est pas encore suffisamment connu, suffisamment établi, c'est la propriété corroborante que possède l'iodure de potassium chez ces individus malingres, à constitution épuisée ou molle, qui portent aux jambes, depuis des années, des ulcères atoniques considérés comme incurables. C'est sur ces faits que nous voulons porter l'attention; l'on verra la vertu cicatrisante du médicament dont il s'agit.

Au nº 24 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, a été reçu, vers le milieu du mois de juin dernier, un vieillard cacochyme, épuisé, d'une maigreur étique. Cet homme, âgé de soixante-huit ans, portait depuis huit ans à la jambe gauche deux grands ulcères atoniques rebelles à tous les traitements employés dans les hôpitaux. L'un de ces ulcères occupait le côté interne du membre, dont il prenait plus de la moitié de la circonférence, il avait cinq pouces de longueur; l'autre ulcère avait deux pouces de diamètre dans tous les sens et était situé en arrière et un peu en dehors. M. Lisfranc a simplement traité ce malade par un pansement simple avec le cérat, les compresses trouées et la charpie, et par l'iodure de potassium à l'intérieur, d'abord à la dose d'un gramme par jour, en trois prises, puis en augmentant de trente centigrammes chaque six jours. Le résultat a été des plus merveilleux. Au bout de six semaines la constitution du sujet avait subi une amélioration des plus notables; la coloration avait succédé à la pâleur, la peau n'était plus molle et flasque, il avait repris un certain embonpoint. Quant aux ulcères, le moins grand a été cicatrisé complétement en vingt-cinq jours, et aujourd'hui les neuf dixièmes du grand ulcère sont guéris et cicatrisés. Il y a deux mois que le malade

est à l'hôpital, et il ne tardera pas à en sortir; il prend deux grammes d'iodure de potassium par jour.

Un homme de trente-six ans, d'une constitution qui n'est pas trop mauvaise, a été couché au nº 5 de la salle Saint-Antoine. Il portait depuis trois ans deux ulcères rebelles, de la largeur de la paume de la main, l'un sur le tiers inférieur de la jambe droite, l'autre à la même partie de l'autre jambe. Il a été mis à l'iodure de potassium et au pansement simple, comme il a été dit; en douze jours les deux ulcères étaient complétement cicatrisés. Ce malade est encore en ce moment dans les salles.

Voici un fait encore plus remarquable. Un jeune homme de vingt-trois ans ayant eu dans sa première enfance une nécrose du tibia, et un travail éliminatoire très-prononcé qui avait donné lieu à la sortie de plusieurs pièces osseuses de la jambe, est entré à l'hôpital de la Pitié dans la première semaine de juillet dernier, et a été couché au nº 28 de la salle Saint-Louis. Ce jeune homme, dont la constitution était profondément détériorée, portait depuis plusieurs années un ulcère occupant les neuf dixièmes de la jambe droite. Cet ulcère était sale, grisâtre, sanieux, présentait de gros bourgeons charnus, mous et saignants. La jambe avait doublé de volume. M. Lisfranc a administré l'iodure de potassium, d'abord à un gramme par jour, et puis à dose croissante par trente centigrammes tous les six jours, de façon qu'aujourd'hui, quarante-deuxième jour de son entrée, le sujet prend trois grammes de médicament. Il n'y a eu qu'un pansement simple de l'ulcère. En ce moment la jambe est revenue à son état normal, et il ne reste à cicatriser de l'ulcère que la largeur d'une pièce de un franc. La constitution est aujourd'hui très-bonne. Ce résultat est si merveilleux que c'est à n'y pas croire.

Une chose fort importante qu'il faut noter, c'est que la cicatrice qui se forme sur les ulcères par suite de l'administration de l'iodure de potassium, indique l'action tonique corroborante de ce médicament sur la partie même. Ainsi, ces cicatrices blanchissent au moment même où elles se forment, et elles ont l'aspect de celles dont la formation a eu lieu depuis six semaines, deux mois.

Sur un cas de pellagre observé à l'hôpital Saint-Louis. — Un fait pathologique rare et curieux a été observé à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert: c'est un cas de pellagre, maladie endémique chez quelques paysans de certaines contrées de l'Italie, aux environs de Milan, de Pavie, de Mantoue, mais qu'on n'avait vue en

France qu'une seule fois, et encore sur deux soldats étrangers venus à Paris en 1814 et traités à la clinique d'Alibert. Cette affection, nommée aussi *érythème endémique*, à cause des symptômes extérieurs qui la caractérisent, est, suivant l'opinion de Biett et de M. Brierre de Boismont, qui l'ont tous deux étudiée en Italie, symptomatique des lésions de divers organes intérieurs, lésions qui ont leur source dans le système nerveux, et surtout dans les voies gastriques. L'éruption cutanée n'est donc que le retentissement, la conséquence d'affections graves internes. Aussi la pellagre est-elle souvent mortelle, et entraîne-t-elle aussi, dans un grand nombre de cas, l'altération du cerveau, et une folie nommée *folie pellagreuse*, dont les exemples ne sont pas rares dans la Lombardie. Ceci posé, disons un mot sur la malade que nous avons vue à l'hôpital Saint-Louis. Cette malade, âgée de 23 ans, appartenait à une famille très-pauvre de Brie-Comte-Robert, département de Seine-et-Marne. Au printemps de 1840, elle avait eu de l'inappétence, des nausées, des vomissements, des douleurs d'estomac et de la diarrhée. Bientôt sur le dos des deux mains et sur le front apparut un érythème, qu'on attribua à l'action du soleil. Ces rougeurs étaient indolentes, et, à part le dévoiement, qui persista, la malade ne fut pas trop mal jusqu'au mois de mai 1841, époque où elle devint enceinte. Les maux d'estomac, les vomissements et le dévoiement revinrent; l'érythème du front et des mains n'avait pas fait de progrès, mais une rougeur nouvelle s'était montrée à la partie supérieure du sternum. En décembre 1841, elle accoucha avant terme. En avril 1842, la pellagre fait de notables progrès; les forces se perdent; elle s'alite. Transportée à l'hôpital Saint-Louis le 13 juin, elle est dans l'état suivant : amaigrissement considérable; pouls petit, faible, fréquent; abattement, tristesse. La peau est rude, sèche, chaude dans toute l'étendue du corps; la partie moyenne du front, la racine du nez, le pourtour des orbites, sont comme couverts d'une rougeur terne et livide. En ces points, le tégument paraît fendillé, comme gercé; des fragments d'épiderme grisâtres, épais et ternes s'en détachent. Le dos des mains est le siége d'une rougeur plus intense, plus foncée, luisante comme celle de l'érysipèle, mais sans gonflement. L'épiderme paraît se détacher par une sorte d'exfoliation; sur les doigts la couche épidermique offre un aspect parcheminé; au niveau des articulations, elle forme des plis profonds, semblables à des gerçures; une desquammation semblable existe sur la plaque du sternum, qui est d'un rouge pâle. Les pieds offrent du gonflement autour des malléoles, et une rougeur érythémoïde légère sans desquammation. Cet état a persisté, sans aucun changement, jusqu'au 26 juin, où la malade a été prise d'un délire violent et loquace, qui a continué le 27 et le 28; puis la malade est tombée

dans l'affaissement, suivi d'une agonie paisible, et elle est morte le 29 juin. A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, on n'a noté qu'un ramollissement de la muqueuse gastrique qui avait une couleur gris-verdâtre avec quelques arborisations; un peu d'injection de la pie-mère, un ramollissement de la masse encéphalique, et principalement de la substance grise; voilà tout.

Qui ne remarquera avec nous, dans ce fait, la disproportion entre l'intensité de l'affection cutanée et celle des phénomènes nerveux et gastriques? Assurément la pellagre est une maladie générale et non une affection locale. Une autre réflexion naît encore de l'insignifiance des lésions anatomiques en présence de l'appareil des symptômes de cette maladie mortelle.

Rhumatisme et fausse ankilose de la mâchoire inférieure, occasionnés par l'application de glace sur la tête. — Il a été apporté, il y a quelques semaines, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Antoine, nº 19, service de M. Lisfranc, un jeune homme de vingt-deux ans, qui avait fait une chute d'un lieu très-élevé. Ce malade a présenté les symptômes graves d'une commotion cérébrale, puis ceux d'une méningite. Ces accidents ont été traités énergiquement par les antiphlogistiques et par l'application de la glace sur la tête qu'il a fallu maintenir pendant douze jours. Après avoir présenté des accidents comateux et couru les plus grands dangers, ce malade a fini par guérir de l'affection cérébrale. Mais il s'est développé un rhumatisme violent de l'articulation temporo-maxillaire, qu'il a fallu combattre. Malgré les moyens employés, le mal a persisté, et il y a en ce moment une fausse ankilose de l'articulation maxillo-temporale; le malade reste toujours la bouche entr'ouverte. Il ne faut pas désespérer de triompher de cette nouvelle affection, qui tient évidemment à la longue application de la glace sur la tête. Ce sujet n'avait jamais eu de rhumatisme.

Hémorrhagie mortelle par suite de l'extraction d'une dent. — Il est des personnes qui ont l'apparence d'une constitution robuste, et qui au fond n'ont aucune force de réaction. On voit tous les jours ces singularités dans la pratique, qui ne peuvent du reste être établies que par l'expérience. Nous avons vu des forts de la halle qu'une petite saignée abattait pour plusieurs semaines; nous avons cité un garçon de ferme fort bien muselé, et en apparence d'une bonne sanguification, mourir d'hémorrhagie par la piqûre d'une seule sangsue, tous les hémostatiques (sauf le fer rouge qui n'avait point été employé) ayant été in-

puissants. Ces exemples ont leur utilité et doivent être cités; car on peut vouloir rendre les médecins responsables dans les circonstances surtout où une terminaison funeste vient suivre le cas le plus simple. Est-il rien de plus inoffensif que l'arrachement d'une dent? et cependant voici un exemple de mort par suite d'hémorrhagie après cette petite opération. Il prouvera l'importance de connaître les antécédents des sujets, quand il s'agit d'agir sur eux d'une façon quelconque. Un ouvrier anglais, dont le dernier numéro du *London medical Rewiew* rapporte l'histoire, âgé de trente-un ans, fort bien constitué, et ayant toujours joui d'une excellente santé, se fait arracher une dent; cette opération est suivie d'une hémorrhagie assez inquiétante qu'on arrête néanmoins par la cautérisation. Quatre ans après, cet homme ayant une dent de sagesse cariée, et en souffrant beaucoup, se présente chez le docteur Roberts. Celui-ci, ignorant l'hémorrhagie précédente, arrache la dent. Une hémorrhagie très-forte a lieu; on emploie inutilement tous les hémostatiques, y compris le fer rouge et la compression; l'hémorrhagie continue tout le jour. Le lendemain, nouvelle compression, à deux reprises cautère actuel sur la partie, solution concentrée d'acétate de plomb, solution d'alun. Diminution de la perte de sang, mais elle continue; on a beau administrer à l'intérieur les pilules alumineuses, le carbonate de fer, la limonade minérale, le quinquina, prendre, cesser et reprendre le fer rouge et la compression avec de l'éponge préparée. L'hémorrhagie cesse pendant quelques heures, pendant une demi-journée, mais reparaît ensuite. Le malade est épuisé, exsangue, tombe en syncope, revient à lui; enfin, après de pareilles alternatives, qui durent vingt jours, le malade meurt par suite des pertes du sang qu'il a subies.

REPERTOIRE MEDICAL.

ACCOUCHEMENTS. *Cas d'étroitesse simple du bassin, sans courbure ni déformation des os.* Une difformité pelvienne qui n'est pas aussi rare qu'on l'avait dit, est celle qui consiste dans un bassin rétréci dans tous ses diamètres, mais régulier, sans courbure, sans déformation des os. M. Nichet, chirurgien en chef de l'hospice de la Charité de Lyon, en a publié quatre faits détaillés qui doivent fixer l'attention des accoucheurs. Voici les dimensions du bassin chez une des femmes dont il est question.

Detroit superieur.		
Diamètre sacro-pubien..	8 cent.	3 mill.
— transverse.....	11	4
— oblique.......	10	8
Detroit inférieur.		
Diamètre transverse.....	7	8
— cocci-pubien..	8	1
Excavation.		
Diamètre antéro-postér..	10	3
— transverse.....	9	8

L'on conçoit l'importance d'avoir l'œil ouvert sur de semblables arrêts de développement de bassins parfaitement réguliers dans leurs formes,

car un pareil vice de conformation étant reconnu pendant la grossesse au moyen de la mensuration extérieure, qui, quoi qu'on dise, donne un degré d'exactitude presque rigoureuse, ferait nécessairement recourir à l'accouchement prématuré provoqué, qui trouve toutes ses indications dans ces cas où le bassin entier est trop petit pour pouvoir être traversé par un enfant vivant à terme. M. Stoltz dit qu'il faut provoquer l'accouchement toutes les fois que le rétrécissement est au-dessous de 8 centimètres 7 millimètres au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Les bassins rétrécis et réguliers, connus jusqu'à présent, ne sont pas descendus au-dessous de 8 centimètres dans leur diamètre sacro-pubien ; mais le principal rétrécissement peut porter sur le diamètre transversal, comme l'a vu M. Nichet, dans un cas où il fut obligé de pratiquer la crâniotomie. Lorsque le rétrécissement du bassin n'est constaté qu'au moment des douleurs, c'est au forceps qu'il faut avoir recours. Baudelocque a fixé à 8 centimètres de diamètre sacro-pubien la limite au-dessous de laquelle il n'est plus permis d'employer cet instrument. Mais à 8 centimètres, il a souvent réussi à extraire l'enfant vivant. Dans un des cas qu'il cite, M. Nichet a cru nécessaire de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel; mais comme les dimensions le permettaient, c'est avec le forceps qu'il a accouché la femme du bassin de laquelle nous avons donné les mesures; il a amené un enfaut mâle très-vigoureux qui a continué à vivre. Dans les bassins réguliers et rétrécis dans toutes leurs parties, on pourrait pratiquer la section pubienne, dont les dangers, selon M. Nichet, ont été peut-être exagérés. Cette opération, pour 5 centimètres 4 millimètres d'écartement qu'elle permet entre les pubis, donne une augmentation de 9 millimètres dans le diamètre transversal, et une plus grande pour le diamètre oblique; elle agrandit en même temps l'excavation et le détroit inférieur. Beaucoup de femmes, dit-il, ont survécu à la symphiséotomie, et il faut mettre une bonne partie des événements funestes dans ces cas, sur le compte des tentatives d'extraction faites avec le forceps, ou d'autres complications. En obstétrique, les conditions sont plus fâcheuses que dans la chirurgie proprement dite; s'il y a une affection interne, un chirurgien prudent peut renvoyer une opération, et ramener l'économie à des conditions plus favorables au succès; un accoucheur, au contraire, s'accomplit de toute nécessité, à une époque fixe, et les opérations qu'il faut faire quand cet accouchement s'écarte de la règle, ne permettent des préparations que dans des cas fort rares. (*Journal de méd. de Lyon*, juin 1842)

ALIÉNATION MENTALE (*Du Traitement de l'*). La folie n'est pas toujours, comme le voulaient Broussais et quelques médecins encore de notre époque, une affection matérielle dépendant d'une lésion du cerveau, dont les ouvertures des cadavres peuvent révéler la nature; elle reconnait quelquefois pour cause une perversion de l'intelligence, une aberration des facultés de l'entendement, étrangères aux lois générales de la matière. Dans ces dernières circonstances, qui ne sont pas rares, et où la folie peut être considérée comme une maladie essentielle, les agents physiques ne peuvent rien contre les passions exagérées ou contre les idées perverties; il faut s'adresser à un autre ordre de moyens : c'est le traitement moral qu'il faut mettre en usage, traitement qui consiste dans l'emploi raisonné de tous les moyens qui agissent directement sur l'intelligence et sur les passions des aliénés. C'est ainsi qu'agit avec le plus grand avantage à Bicêtre, depuis quelques années, M. le docteur Leuret, qui a la gloire d'être le rénovateur de cette thérapeutique morale, depuis trop longtemps oubliée. Mais il s'en faut que cet habile médecin néglige les symptômes physiques que présentent les malades; il n'oublie pas qu'il y a deux éléments, la matière et l'intelligence, qui souvent jouent un rôle dans la folie; comme les médecins systématiques, il ne combat pas les idées fausses, les opinions délirantes des aliénés par les évacuations sanguines, les exutoires, les purgatifs, etc. Dans les cas où le désordre moral seul existe, le traitement moral seul lui suffit; quand il y a des désordres physiques, tels que la paralysie, la fièvre, etc., il s'occupe d'abord de les combattre par le traitement physique seul; de même qu'il applique un traitement mixte, c'est-à-dire le traitement moral, secondé par les moyens physiques, quand aux symptômes psy-

chiques viennent se joindre des phénomènes tels que l'apathie, l'agitation, la loquacité, etc. Le traitement moral ne consiste pas seulement, pour M. Leuret, dans l'emploi des travaux manuels, dans les effets de la musique, dans les bienfaits de l'instruction, dans la crainte des douches; par la puissance de la logique, par la force du raisonnement, il faut que le médecin engage et soutienne vigoureusement la lutte contre les passions et les idées fausses, et les détruise. Pour M. Leuret, le traitement moral ne peut et ne doit pas être regardé comme auxiliaire du traitement physique; si l'un des traitements doit être considéré comme auxiliaire de l'autre, c'est indubitablement, d'après son expérience, le traitement physique. Du reste, on peut établir, par les observations nombreuses recueillies et publiées par M. Millet, son élève, que chez ses malades le traitement physique n'a jamais agi que sur les symptômes physiques, et qu'il n'a jamais eu aucune action directe sur les symptômes psychiques. Nous avons dit qu'il y avait des cas de folie qui ne dépendaient d'aucune lésion de l'encéphale; c'est un fait incontestable et qui a été constaté de nouveau dans un ouvrage récent d'un homme des plus compétents sur la matière, de M. Parchappe, de Rouen. Sur trente-huit autopsies, pour des cas de folie aiguë, il a trouvé sept cas où les altérations étaient nulles ou presque nulles, et dans onze autres cas les altérations, simplement hyperémiques, ne pouvaient rendre compte de l'existence de la folie. Il y a plus, il résulte du résumé des observations de cet auteur recommandable, que les lésions sont différentes chez la plupart des malades, et qu'il n'existe pas plus, pour la folie chronique que pour la folie aiguë, une altération encéphalique essentielle et caractéristique qui puisse être considérée comme la condition organique matérielle de ces formes ou degrés de la maladie. (*Gaz. méd. de Paris.* Juillet 1842).

ANASARQUE, *suite de scarlatine; mort par suffocation.* Voici un fait observé à l'hôpital des Enfants, par M. Barrier, ancien interne des hôpitaux, et consigné avec de longs et minutieux détails d'autopsie, dans le n° de juillet du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales.* C'est dans la marche de la maladie, c'est dans la nature de la mort, et non dans l'ouverture du cadavre que nous trouverons, nous, notre instruction. Que voyons-nous? Un enfant âgé de sept ans et demi, qui, le 3 mai 1838, est pris, à l'hôpital, des symptômes d'une scarlatine légère dont l'éruption pâlit le 5 mai, lendemain de son apparition, et disparaît le quatrième jour. La desquammation s'opère; l'enfant, mal surveillé, s'expose à un refroidissement; le 10 mai, œdème de la face, toux, peau chaude et sèche. (*Bain de vapeur, tisane nitrée.*) Le 11, l'œdème a augmenté à la face, il a gagné les membres supérieurs et surtout les inférieurs; augmentation de la fièvre. (*Deuxième bain de vapeur.*) Le 12 mai, le scrotum est envahi par la sérosité, ainsi que le péritoine et les plèvres; fluctuation abdominale, matité à droite et à gauche, à la partie inférieure de la poitrine, toux et dyspnée modérée; pouls à 120 pulsations, peau chaude et très-sèche. (*Troisième bain de vapeur.*) A la suite de ce troisième bain de vapeur, le petit malade est pris d'une suffocation qui va en augmentant, et il meurt dans un état d'asphyxie, au bout de deux heures.—Ce fait, dont voilà l'analyse exacte, apporte un précieux enseignement. Nous n'hésitons pas à le dire, le traitement de cette maladie a été mal compris, mal dirigé. Il n'est pas douteux pour nous que les bains de vapeur ont hâté l'aggravation de la maladie, et amené cette terminaison hâtivement funeste. Quoi, vous avez de la fièvre, dès le premier jour la peau chaude et sèche, de la dypsnée, et vous administrez un moyen qui doit infailliblement augmenter la dypsnée et la fièvre! L'exsudation séreuse augmente par ce moyen, elle gagne en vingt-quatre heures les quatre membres, et vous persistez! Le lendemain un épanchement a envahi le ventre et la poitrine, et vous persistez encore! Nous prenons cette occasion pour le dire à nos confrères, dans ces leucophlegmasies générales et *récentes avec fièvre* de la nature de celle-ci, il est toujours dangereux d'employer les bains de vapeur; ils augmentent certainement l'irritation et le spasme; ils ferment les émonctoires naturels au lieu de les ouvrir. Le traitement le plus efficace consiste, dans ces cas, dans l'emploi des diurétiques énergiques, des purgatifs et des vomitifs

qui donnent du ressort, de l'énergie aux fonctions internes, et par l'activité des excrétions qu'ils amènent, ouvrent une voie rapide à l'expulsion de la sérosité qui gorge tous les tissus. Nous avons mis cette méthode en usage avec le plus grand bonheur dans une foule de circonstances, et notamment, il n'y a pas deux mois, chez la jeune fille, âgée de huit ans, de M. Jouhannet, tapissier, rue de la Michodière. Cette enfant était certainement plus malade quand nous l'avons vue que le sujet mort à l'hôpital des Enfants. Dans la convalescence d'une fièvre scarlatine, elle avait été prise d'une leucophlegmasie générale. Cette petite malade était monstrueuse; sa tête, son corps, ses membres avaient doublé de volume; la peau était partout tendue comme un tambour, blanche, froide, luisante; il y avait épanchement dans le ventre et un peu dans les deux plèvres; tout le cuir chevelu était œdémateux; les paupières, transparentes et infiltrées, avaient le volume d'un petit œuf et fermaient complètement les yeux; les lèvres et le nez étaient également bouffis outre mesure; la respiration était sifflante, embarrassée, et s'entendait peu dans la poitrine. La paroi postérieure du pharynx, les piliers du voile du palais étaient œdématisés, ainsi que les amygdales qui se touchaient et étaient tendues, luisantes et d'un blanc nacré, comme transparent. Eh bien! cette malade a été complétement guérie, en moins de huit jours, par un traitement fort simple. J'ai commencé le premier jour par lui donner 5 centigrammes de tartre stibié comme vomitif, pour désobstruer les premières voies et faciliter la respiration, effet que l'on obtient constamment de ce moyen dans ces cas, et le soir, j'ai donné 30 centigrammes de calomel qui ont amené plusieurs selles. J'ai fait couvrir le corps de flanelle, recommandé des frictions sèches et douces sur la peau plusieurs fois par jour, et dès le lendemain j'ai commencé les diurétiques. Ils ont uniquement consisté en un litre de décoction de houblon dans lequel on a fait dissoudre 3 grammes d'acétate de potasse les deux premiers jours, puis 4 grammes les deux jours suivants; enfin, 5 grammes. Ce litre était bu en entier dans les vingt-quatre heures, et la petite malade était tenue à la diète. Avant le traitement, il n'y avait qu'une ou deux cuillerées d'urine épaisse expulsée avec douleur dans les vingt-quatre heures. Voici l'effet obtenu. Le premier jour, deux litres d'urine claire, point de selles; deuxième jour, deux litres d'urine, deux selles aqueuses; troisième jour, deux litres et demi d'urine, une selle; quatrième jour, un litre et demi d'urine, trois selles. Jusqu'au septième jour, la quantité d'urine a été à peu près la même, et il y a eu une ou deux selles diarrhéiques par jour. Il a été bien intéressant de suivre la décroissance de l'hydropisie et de l'anasarque jour par jour, et l'on peut même dire heure par heure. En voyant les yeux s'ouvrir, l'expression des traits revenir, les formes du corps reparaître du milieu de cette masse hideuse, on aurait dit comme une statue riante et animée qui sortait d'un bloc informe. Au demeurant, comme nous l'avons dit, cette jeune enfant ne présentait plus, le huitième jour, la moindre trace de son anasarque, ni des divers épanchements qu'elle avait auparavant; elle était complétement guérie. Voilà notre satisfaction, à nous, et nous prisons peu celle qu'on a pu trouver dans une autopsie bien faite. Nous n'avions pas besoin de l'ouverture du corps pour constater que chez notre malade il y avait, comme chez celui de l'hôpital des Enfants, infiltration du tissu cellulaire sous-cutané de tout le corps, intermusculaire, sous-aponévrotique; qu'il y avait de la sérosité dans la plupart des membranes séreuses; que le sang n'était que de la sérosité teinte en rouge foncé; que le tissu cellulaire sous-muqueux du canal digestif, dont la membrane était blanche, boursouflée, était aussi infiltré partout; que l'entrée du larynx était rétrécie par l'œdème du tissu sous-muqueux aryténo-épiglottique, etc., etc. Ce malade est mort, et aurait pu être sauvé par un meilleur traitement : voilà ce qui nous frappe!

ANGINE SCARLATINEUSE *épidémique*. Une fièvre éruptive épidémique, de nature scarlatineuse, a régné pendant cinq mois, du 1er juin au 1er novembre 1841, dans douze communes du canton du Lion-d'Angers (Maine-et-Loire) M. le docteur Guérctin a eu à traiter dans sa seule clientèle quatre-vingt-dix malades, de tout âge, atteints de cette affection, dont le symptôme prédominant

a été une angine pultacée. Partant de cette lésion locale et de la cause générale qui dominait celle-ci et faisait sa gravité, notre confrère a désigné cette affection par le nom d'*angine scarlatineuse.*

Il est reconnu des bons praticiens, et M. Guérétin est de ce nombre, que le mouvement insurrectionnel de l'organisme, dont la jetée à la peau, dans toutes les fièvres éruptives, est la conséquence, est indépendant de cette crise, de cette éruption; en d'autres termes, que pendant le règne d'épidémies spéciales, il peut exister une fièvre rubéoleuse sans rougeole, une fièvre varioleuse sans variole, une fièvre scarlatineuse sans scarlatine. C'est là un des faits que M. Guérétin a constatés chez un assez grand nombre de sujets pendant le cours de la maladie dont il s'agit.

L'épidémie, dont M. Guérétin a tracé le tableau, a présenté divers degrés d'intensité, qu'il a désignés sous les noms de *forme maligne, forme moyenne, forme simple.* Dans la forme légère tout s'est borné à l'angine, et les symptôme généraux, quand il y en a eu, ont consisté seulement dans un peu de lassitude, un peu de malaise général, une légère céphalalgie; et malgré l'angine, les enfants continuaient leurs jeux. Exceptionnellement chez quelques sujets il est survenu des rougeurs scarlatineuses ordinairement fugaces; tout disparaissait par quatre ou cinq jours de diète et de boissons émollientes.

La scène change quand il s'agit de la forme moyenne, et surtout de la forme maligne de l'épidémie. Disons d'abord, comme caractère capital de ces deux degrés, que l'éruption a manqué dans la moitié des cas de la forme moyenne, et que même cette éruption avait aussi souvent le caractère exanthémateux, miliaire, papuleux, que scarlatineux; au lieu que dans la forme maligne, l'éruption cutanée a été constante, et presque toujours scarlatineuse. Du reste, l'angine a été l'accident général commun à tous les cas, soit légers, soit graves. Voici, dans les cas sérieux, quelle a été la marche ordinaire des symptômes. Après trois ou quatre jours de frisson, de fièvre vive, de céphalalgie, de chaleur brûlante à la peau, quelquefois de délire, survenait l'angine qui, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, prenait toute son intensité : gonflement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux; les amygdales, l'arrière-gorge, d'abord d'un rouge vif, se gonflent comme par une infiltration sous-muqueuse, et viennent obstruer presque entièrement l'isthme du gosier; gêne de la déglutition. Bientôt, le second ou le troisième jour, des flocons pseudo-membraneux caséiformes, peu adhérents, pulpeux, ou bien des plaques d'un blanc jaunâtre, envahissent les amygdales et les autres parties de la bouche, et se prolongent jusque dans les fosses nasales; au-dessous des fausses membranes les parties sont comme excoriées et saignantes; quelquefois la surface des amygdales est déchiquetée, comme coupée à pic, et les fausses membranes qui la tapissent sont comme enfoncées dans l'organe. Presque toujours, et du début à la fin de l'affection, l'haleine est fétide. Quoique dans quelques circonstances il y ait eu un peu d'enrouement, une légère douleur au larynx, une toux sèche, la respiration embarrassée, et conséquemment un peu de phlogose dans les voies aériennes, il n'a pas fallu croire à l'existence du croup et agir en conséquence. Cet état de la gorge, que nous venons de décrire, est commun à la forme maligne et à la forme moyenne de l'affection. Ce qui les distingue, c'est l'ensemble des autres symptômes. Dans la forme moyenne, la réaction générale, quoique vive, est toujours franche, et quand l'éruption survient presque en même temps que l'angine, ce qui est heureux, la maladie est bientôt terminée; dans les autres cas même, aucun malade n'a péri. Mais il n'en est pas de même dans la forme maligne : quelquefois la marche est lente; les symptômes locaux ne paraissaient pas graves, mais il leur succède un état de prostration, et comme de décomposition des liquides, et les sujets succombent du huitième au quatorzième jour. Dans d'autres cas, la marche de la forme maligne est plus aiguë; dès le début, il y a du délire, des alternatives d'excitation et d'accablement, et du troisième au cinquième jour, en même temps qu'un abattement extrême des forces, un délire continu et plus violent se déclare; il y a des soubresauts dans les tendons, de la carphologie, et la mort arrive du troisième au neuvième jour. Sur six malades présentant la forme maligne lente, quatre ont succombé; et sur huit atteints de la for-

me maligne aiguë, quatre sont morts.

En général, les enfants ont résisté mieux à la violence des symptômes généraux : chez eux l'éruption s'est faite plus facilement, et leurs angines ont été moins graves. Lorsqu'au début d'une recrudescence de l'épidémie un certain nombre de malades n'étaient affectés que légèrement, on pouvait bien augurer pour les malades qui devaient suivre. Le degré de l'angine annonçait assez exactement l'intensité ultérieure des phénomènes généraux. L'absence de l'éruption pendant quatre à six jours, avec une lièvre très-violente, était d'un mauvais augure; une réaction générale insidieuse ou capricieuse, la fièvre persistant, après l'éruption achevée, aussi vive qu'auparavant, était d'un fâcheux pronostic.

M. Guérétin a essayé de toutes les méthodes : quelques saignées générales et locales modérées lui ont été utiles; mais il déclare que la seule médication qui lui ait paru parfois avoir quelque prise sur l'état général inconnu de ces scarlatines épidémiques, est celle qu'a recommandée M. Bretonneau, et qui consiste dans l'emploi des purgatifs à dose fractionnée pendant toute la durée de la période fébrile. Trois, quatre ou cinq fois par jour, dans la forme maligne, il donnait un paquet composé de 10 centigrammes de calomel et de 15 à 25 centigrammes de jalap, de façon à obtenir deux à quatre selles par jour. Si les selles étaient plus fréquentes, il suspendait le remède. C'est à l'emploi prolongé de ce purgatif qu'il attribue les meilleurs effets dans ces cas. Chez les enfants, la dose était moindre. Au début de l'épidémie, quoique le traitement de l'angine ne fût pour lui que bien secondaire, notre confrère, craignant la propagation des pseudo-membranes dans les voies aériennes, cautérisait fortement avec le nitrate d'argent et l'acide hydrochlorique; mais ces cautérisations ne faisaient qu'entretenir la phlogose de la gorge et qu'augmenter les gonflements ganglionaires du cou et la fétidité de l'haleine; il y renonça d'autant mieux qu'il avait vu l'innocuité complète de l'affection du côté du larynx et de la trachée. Dès lors il en vint à ne s'occuper de la gorge que très-secondairement; même quand le pharynx, les piliers, etc., étaient tapissés presque partout de pseudo-membranes, il se bornait à des gargarismes émollients tièdes, alternés avec les gargarismes légèrement astringents, qu'il rendait quelquefois détersifs par l'addition de 4 à 6 grammes d'alun dans 200 grammes de liquide. Aussitôt que la fièvre était tombée, l'angine s'améliorait promptement. Dès lors il cessait tout traitement antiphlogistique, il suspendait les purgatifs, et pour rendre la convalescence plus prompte il mettait les malades à un régime analeptique et fortifiant, et à l'usage des amers et des ferrugineux. (*Archives de médecine*, juillet 1842.)

ANUS ARTIFICIEL, *suite d'une hernie crurale étranglée; guérison spontanée.* Voici un fait bien extraordinaire, publié par le docteur Garbe de Forst. Une pauvre vieille femme portait depuis plusieurs années une hernie crurale, qui s'étranglait parfois. Un jour où elle souffrait beaucoup, la hernie n'étant pas rentrée spontanément comme précédemment, car elle n'avait jamais consulté personne, cette femme s'avisa d'un singulier expédient : pensant se soulager, elle enfonça à plusieurs reprises dans la tumeur une lame de ses ciseaux; il sortit à l'instant, par trois ouvertures qu'elle avait pratiquées, des matières fécales, ce qui l'effraya beaucoup et la décida à consulter M. Garbe. A son arrivée, ce médecin trouva une partie des téguments de la hernie gangrénés, deux replis de l'iléum étaient à jour, et c'est de ces replis qu'on voyait sortir les matières fécales, par les trois trous faits par l'instrument; les bords des plaies présentaient des bourgeons charnus très-animés. La malade s'étant refusée à toute espèce de traitement, force fut à M. Garbe de se borner à quelques compresses trempées dans une infusion de camomille, après avoir, toutefois, excisé les parties gangrénées, ce qui fut fait sans douleur. L'art n'intervint donc en aucune façon dans ce cas, par suite de l'opposition de la malade; néanmoins, trois mois après, M. Garbe trouva les ouvertures de l'intestin presque entièrement oblitérées; depuis, la guérison est devenue radicale et complète par les seuls efforts de la nature. (*Casper's Wochenschrift*, juillet 1842.)

BANDELETTES *agglutinatives en caoutchouc.* L'on étend à plat sur une table la toile qu'on veut préparer, et par-dessus on met un petit

morceau de caoutchouc que l'on fait fondre en une masse molle en le touchant dans tous les points avec un cautère rougi à blanc ; un verre à vitre de la grandeur de la toile est alors appliqué sur le caoutchouc, et par la pression sur ce verre, le caoutchouc s'étale en couche mince sur la toile et y adhère fortement. Le verre se sépare facilement de la substance emplastique. M. Kemmerer se sert d'emplâtres et de bandelettes de cette nature. La préparation en est immédiate, et ils conservent toujours la même mollesse. On peut saupoudrer les emplâtres ainsi faits de poudres diverses, ou les arroser d'huile de croton, etc. (*J. des Conn. méd.-chir.*, juillet.)

BOURSES MUQUEUSES *sous-cutanées* (*De l'histoire et du traitement des*). Comme toutes les découvertes d'origine récente, l'histoire pathologique des bourses muqueuses sous-cutanées voit chaque jour éclore de nouvelles observations qui tendent à la compléter, surtout au point de vue pratique. C'est dans cet esprit que M. Pétrequin vient de publier un mémoire qui a trait plus spécialement au diagnostic différentiel et au traitement de cette affection.

Il importe beaucoup, dit l'auteur, de la suivre dans ses phases diverses, depuis l'hydropisie simple, la subinflammation, l'hématocèle, jusqu'à l'abcès, l'ulcération et l'induration chronique, un mode de traitement spécial se rattachant à chacun de ces états en particulier. Passant ensuite à l'examen des bourses muqueuses du membre inférieur, et en premier lieu *de la bourse muqueuse trochantérienne*, il cite une observation de carie du grand trochanter consécutive à l'ouverture spontanée d'un abcès développé dans la capsule dont il s'agit, qui existait depuis quinze ans à l'état de fistule. La résection méthodique de l'apophyse trochantérienne amena la guérison complète en cinq semaines. M. Velpeau a recueilli huit exemples semblables qui prouvent combien il importe de s'appesantir sur le diagnostic, puisqu'en confondant cet état morbide avec une maladie primitive de l'articulation coxo-fémorale, on s'expose à laisser empirer et s'élever au-dessus des ressources de l'art un mal facile à détruire dès son origine.

Pour l'hydropisie simple *de la bourse muqueuse pré-rotulienne* ou *hygroma*, M. Pétrequin, d'accord avec Sanson, conseille l'emploi du séton métallique : l'aiguille de Demours lui paraît le meilleur procédé ; elle détermine autour d'elle une légère suppuration, et par là même l'élargissement du canal artificiel et l'écoulement du liquide. Au bout de dix à douze jours on retire l'aiguille, et les parois se cicatrisent.

L'injection irritante, aidée de la compression, a été également couronnée de succès.

Dans le cas où la tumeur est constituée par une hématocèle dont l'origine est, en général, traumatique, la ponction et l'injection iodée dans la capsule ont été suivies de succès.

Récente, l'hématocèle peut disparaître par l'emploi du muriate d'ammoniaque aidé de la compression, et parfois du large vésicatoire volant.

Plus tard, le liquide épanché acquiert de la consistance, se solidifie en grumeaux fibrineux, ce qui exige, outre la ponction et l'injection souvent alors insuffisantes, l'incision du kyste, et son inflammation adhésive artificiellement développée.

La bourse muqueuse quelquefois s'enflamme et se rompt en divers points ; le pus s'infiltre dans le tissu cellulaire, et la maladie offre ainsi beaucoup d'analogie avec le phlegmon diffus. A un degré avancé, le genou offre une tuméfaction tellement considérable qu'on pourrait croire à une arthrite avec épanchement dans la cavité tibio-fémorale.

On a parlé de la récidive de la maladie : les recherches de M. Ollivier (Dict. en 25 vol.) prouvent que ce n'est pas dans l'ancienne bourse, bien réellement oblitérée, que le liquide s'épanche une seconde fois, mais bien dans une bourse de nouvelle formation développée au-dessous de la cicatrice ; cela a lieu surtout quand une pression est fréquemment exercée sur le point où elle siége.

M. Pétrequin rapporte deux cas d'abcès et d'ulcération des bourses muqueuses de la malléole interne et externe, avec décollement de la peau et dénudation du péroné envahi par la carie.

L'injection irritante avec la teinture d'iode, la cautérisation des bords de l'ulcère, aidée de la compression, parvinrent à guérir cette lésion, qui eût infailliblement envahi l'articulation si elle fût restée plus longtemps méconnue.

Ce fut par ces mêmes moyens de traitement que l'auteur parvint à cicatriser deux ulcères calleux provenant l'un de l'inflammation suppurative de la bourse muqueuse sous-métatarso-phalangienne du gros orteil, l'autre de celle du talon.

M. Petrequin termine son travail par l'examen pathologique de la bourse muqueuse métatarso-phalangienne latérale du gros orteil, reconnaissant pour cause la pression exercée par les chaussures trop étroites. La maladie de cette bourse muqueuse est connue sous le nom vulgaire d'oignons du pied. L'auteur admet trois périodes dans l'évolution de cette affection. La *première* est constituée par un épanchement de sérosité ou de sang qui, en se coagulant en partie, laisse la tête du métatarsien plus volumineuse. *La deuxième période* est marquée par l'inflammation provoquée par la persistance des mêmes causes qui ont présidé à l'invasion de la tumeur : il se forme alors un kyste suppuré qui peut être excessivement douloureux en raison de l'épaisseur et de la consistance cornée du derme qui s'opposent à son développement par une sorte d'étranglement. *Dans la troisième période*, les parois de la capsule, longtemps enflammées, passent à l'état d'induration chronique; c'est alors le dernier terme de la tumeur, l'oignon avec tous ses caractères essentiels. On a donc tort de confondre cette tumeur avec la tête du métacarpien que l'on croit ainsi hypertrophiée.

Dans un cas de suppuration de l'oignon du gros orteil, M. Petrequin vit pratiquer avec succès la ponction du foyer, de l'intérieur duquel on exprima la matière pour y pratiquer une injection irritante : 8 grammes de teinture d'iode étendus dans 32 grammes d'eau y furent injectés.

Quelle que soit d'ailleurs la méthode suivie dans le traitement des tumeurs qui nous occupent, il ne faut pas oublier qu'elles sont très-voisines des cavités articulaires, et qu'il importe de combattre avec la plus grande énergie l'inflammation qui peut se développer dans les bourses muqueuses, soit qu'on les ait incisées, soit qu'on y ait poussé quelque injection irritante. (*Journ. des Connaiss. méd.-chirurg.*, juillet 1842.)

CINCHOVINE, *nouvel alcali extrait du quinquina.* M. Manzini a découvert dans le quinquina Jaën du commerce, qui est aussi le quinquina blanc de La Condamine et l'écorce du *chincona ovata* de la flore du Pérou, une base végétale nouvelle qu'il a nommée *cinchovine* ou *quinovine*, en raison du nom de ce quinquina (*Cinchona* ou *quina ovata*). Ce quinquina, qui a été rejeté de la pratique médicale à cause de ses faibles propriétés fébrifuges, ne contient, en effet, ni quinine ni cinchonine; M. Manzini l'a vérifié de nouveau. La préparation de la cinchovine est exactement la même que celle de la quinine. Elle se présente sous forme de cristaux prismatiques allongés blancs, inodores, d'une saveur amère, mais longue à se développer, vu son peu de solubilité. L'alcool la dissout très-bien; l'éther moins bien; elle est presque insoluble dans l'eau, très-soluble dans les acides étendus, avec lesquels elle forme des sels qui cristallisent facilement. La solution alcoolique de cinchovine est très-amère; elle ramène au bleu le tournesol rougi par les acides, et verdit le sirop de violettes. Reste à savoir quelles seront les applications thérapeutiques de cette substance. (*Bull. de l'Acad. des Sciences.*)

COQUELUCHE (*De l'emploi de l'assa-fœtida dans la*). M. Rieken, médecin du roi des Belges, s'est livré sur une grande échelle à des expériences comparatives sur les divers traitements employés dans la coqueluche. Après avoir examiné et discuté la valeur de chaque médicament employé dans cette affection, il donne définitivement la préférence à l'assa-fœtida. « Bien que je sois fort éloigné, dit-il dans son mémoire (*Emploi de l'assa-fœtida dans la coqueluche, Bruxelles*, 1842), de regarder l'assa-fœtida comme un spécifique dans la coqueluche, j'ai acquis néanmoins la conviction la plus intime qu'il constitue un des meilleurs médicaments que possède la matière médicale contre cette maladie. Je puis assurer consciencieusement que non-seulement je n'ai plus eu à déplorer la perte d'aucun enfant atteint de coqueluche, en faisant un emploi hardi de l'assa-fœtida, mais encore que je n'ai jamais vu survenir de maladies secondaires dans le cas où j'ai fait usage de ce médicament. » Plusieurs médecins de l'Allemagne et de la Belgique ont expérimenté l'assa-fœtida et lui ont

trouvé la même efficacité. C'est à nos confrères de France à vérifier, de leur côté, les résultats du médecin belge, présentés peut-être d'une manière trop avantageuse.

M. Rieken administre l'assa-fœtida à ses petits malades en lavements, habituellement à la dose de 50 centigrammes par jour, dissous à l'aide d'un jaune d'œuf dans 120 grammes d'eau pour deux lavements, dont l'un est administré le matin et l'autre le soir. Il est bon de faire précéder l'injection du médicament d'un lavement à l'eau de guimauve ou d'une petite injection d'huile d'amandes douces pour établir la tolérance de l'intestin. Il faut continuer tous les jours ces deux lavements jusqu'à la disparition presque totale de la toux. Même dans le règne des épidemies, M. Rieken, généralement, n'a été obligé de continuer cette médication que pendant trois semaines ou un mois, et jamais aucune coqueluche traitée par lui n'a duré deux mois. Il faut, quelques jours encore après la disparition des symptômes, donner un lavement par jour pour prévenir les rechutes; quelques toniques sont bons à la fin de la maladie. M. Rieken recommande expressément que l'enfant ne soit pas sorti, même en été, si ce n'est au milieu du jour; pendant l'hiver, il faut qu'il ne sorte pas du tout, et que la chambre soit constamment maintenue à une température douce et égale. D'après l'expérience de M. Rieken, l'assa-fœtida convient surtout dans la seconde periode de la coqueluche, alors qu'on a combattu les accidents fébriles et l'inflammation bronchique qui l'accompagnent, ce qui a lieu du huitième au quatorzième jour de l'affection.

ESTOMAC (*Perforations spontanées de l'*). Il est aujourd'hui établi par un grand nombre de faits que, sans que les sujets aient présenté d'avance quelques symptômes qui pussent presager de semblables lésions, des perforations de l'estomac peuvent survenir spontanément et amener la mort en quelques heures. M. Chabrely rapporte deux observations de ce genre (*Bull. méd. de Bordeaux*, juin 1842). Un charron, âgé de vingt-huit ans, sujet au pyrosis, à des douleurs gastralgiques, à des coliques fréquentes, est pris tout à coup d'une douleur subite atroce vers la région épigastrique, et meurt le cinquième jour, dans d'horribles tortures, des suites d'une péritonite suraiguë. A l'autopsie, dans l'epanchement abdominal caracteristique de la peritonite, on trouve de l'huile de ricin qu'on avait donnée au malade, et l'on découvre une perforation de la grandeur d'un franc, à bords épais, indurés, tailles à pic dans l'estomac, à six centimètres au-dessus du pylore. — Un serrurier, âgé de vingt-neuf ans, se couche bien portant; il se réveille vers minuit avec une douleur déchirante à l'épigastre, et meurt le jour même avec les symptômes de la péritonite la plus intense. A l'ouverture, on trouve une perforation arrondie, de la largeur d'une pièce de quinze sous, à bords épais, comme squirrheux et coupés à pic à quelques centimètres au-dessous du cardia.

Voilà bien des perforations spontanées de l'estomac qui ont eu lieu du vivant des sujets, et qui ont amené la mort; il ne peut y avoir le moindre doute à cet égard. Mais il est des circonstances, et elles ne sont pas très-rares, où à l'autopsie on a trouvé des perforations de l'estomac sans que les sujets, même à leur dernière maladie, aient offert aucun symptôme du côté de cet organe. La grande question, dans ces circonstances, est de savoir si ces perforations ont été produites par une action vitale morbide avant la mort du sujet, comme l'ont pensé Chaussier, Broussais, et comme le professent MM. Cruveilhier et Louis, ou si elles sont le résultat de l'action chimique et dissolvante du suc gastrique sur les parois de l'estomac, après la mort, comme l'ont dit Spallanzani, Jean Hunter, Adams, Cooper, etc.

M. A. Millet soutient cette dernière opinion dans un mémoire envoyé à la Société medicale de Tours, et sur lequel M. Haimea fait un lumineux rapport. (*Recueil de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire*, 1er trim. 1842.) M. A. Millet rapporte trois observations qu'il a recueillies dans les hôpitaux de Paris. Voici l'analyse des deux plus saillantes. Deux malades, un jeune maçon, âgé de dix-huit à vingt ans, et une jeune fille de quinze à seize ans, entrent presque le même jour à la clinique de M. Fouquier, à l'hôpital de la Charité. Ils sont tous deux atteints de fièvre typhoïde, et sont traités, l'homme par les saignées et les purgatifs, la jeune fille par les purgatifs seuls; ils meurent tous deux au vingt-cinquième ou vingt-sixième

jour, après avoir présenté toute la série des symptômes graves de la fièvre typhoïde, mais sans jamais s'être plaints ni l'un ni l'autre de l'estomac. On fait l'autopsie des deux cadavres le même jour, vingt-sept heures après la mort, et l'on trouve, outre les ulcérations de l'intestin, chez l'homme, un épanchement verdâtre dans le péritoine, sans signe de phlogose, et trois perforations, deux de la dimension d'une pièce d'un franc et une d'une pièce de dix sous au grand cul-de-sac de l'estomac; et de plus, une perforation du diaphragme dans l'étendue d'une pièce de trente sous. Chez la jeune fille, l'estomac était perforé en cinq ou six points; l'une de ces perforations, de la largeur d'une pièce de cinq francs, était au grand cul-de-sac; les autres, vers la grande courbure de l'estomac, n'avaient que la dimension d'une pièce de cinq sous. M. A. Millet croit fermement que la dissolution chimique des parois de l'estomac, après la mort, est la seule cause qui puisse être invoquée dans ces cas. Ces malades ne s'étaient jamais plaints d'affection de l'estomac ni à l'hôpital, ni avant d'y entrer, et ce n'est ni la fièvre typhoïde, ni le traitement qui a pu produire ces perforations. Le suc gastrique, devenu acide, aura exercé son action sur l'estomac, l'aura ramolli et détruit en plusieurs points. Du reste, on a trouvé des perforations de l'estomac sur des individus morts par accident ou subitement, et dans un parfait état de santé; et dans ces différents cas, on n'a vu aucune trace d'inflammation autour du rammollissement ou de la perforation, ce qui aurait dû arriver si ces lésions avaient été produites par une cause pathologique ayant agi pendant la vie.

FIÈVRES PERNICIEUSES *pneumoniques.* Pendant combien d'années a-t-on jeté à la face comme une injure le nom d'*ontologistes* aux médecins qui voyaient une essentialité quelconque dans certaines maladies, et admettaient en dehors de la texture grossière de nos organes une cause spécifique, une *entité* morbide, nous tranchons le mot, qui devait constituer pour le médecin la véritable maladie! Mais on a eu beau se débattre, il a fallu admettre avec toute leur puissance de tels faits, qui, à eux seuls, montrent la fausseté des principes sur lesquels les écoles physiologiques et anatomiques ont voulu faire reposer la science. Les fièvres intermittentes pernicieuses, avec affections viscérales quelconques, montrent dans tout leur jour l'importance secondaire des lésions locales eu égard au trouble général, à la diathèse, à la fièvre, sous la dépendance desquels elles se trouvent placées; trouble général, diathèse, que le médecin doit considérer avant tout dans le traitement qu'il applique. Nous le disons avec assurance, il n'est plus qu'un petit nombre d'encroûtés systématiques qui nient aujourd'hui qu'il y ait une véritable fièvre pernicieuse péripneumonique. Il n'est presque pas de mois où les journaux de médecine n'enregistrent quelques observations nouvelles. Avant d'aborder un mémoire intéressant publié sur ce sujet par M. Marcé dans le dernier numéro du *Journal de la Soc. de Méd. de la Loire-Inférieure*, 82e livr., disons un mot sur un petit article publié par M. Corbin, d'Orléans, sur le même sujet (*Gaz. Méd. de Paris*, 2 *juillet* 1842). M. Corbin a eu à traiter une demoiselle de 28 ans, ayant une pneumonie des deux tiers inférieurs du poumon gauche : crachats sanglants, oppression, fièvre, etc.; 15 sangsues sur le côté; les crachats sanglants disparaissent, etc. : le troisième jour, la convalescence s'établit. — Mais le quatrième jour, frisson, retour de l'oppression, de la toux, des crachats sanglants : sulfate de quinine qui est continué le lendemain; disparition des accidents. Au jour correspondant, nouvel accès, nouveaux symptômes vers la poitrine : toujours sulfate de quinine; guérison.—M. Corbin s'est moins occupé de l'état inflammatoire que des phénomènes généraux, et il a bien fait. Mais savez-vous comment il raisonne? Le voici : la critique sera faite par la seule exposition de ses idées. — La malade était convalescente de sa pneumonie, lorsqu'elle a été prise d'une fièvre intermittente qui régnait : à l'époque de chaque frisson, le sang était concentré à l'intérieur, congestionnait momentanément le poumon, et faisait reparaître la toux et les crachats sanglants; le frisson passé, la congestion diminuait de nouveau et les crachats disparaissaient. Latente dans les intervalles, la pneumonie redevenait apparente dans les accès; et l'on avait ainsi, par suite de la complication de la fièvre.

une *pneumonie intermittente*, nom qu'il donne à la maladie. — Le lecteur n'a pas besoin qu'on lui montre le danger de cette manière de raisonner : en considérant la pneumonie comme primitive et l'affection intermittente comme secondaire, on doit nécessairement commencer par une ou plusieurs saignées avant d'administrer le quinquina, façon de procéder qui, le plus souvent, peut tuer les malades immédiatement, ou faire perdre un temps précieux dans cette maladie que nous appelons, nous, *fièvre pernicieuse pneumonique*, et non pneumonie intermittente.

Du reste, M. Corbin est dans l'erreur en pensant que les accidents congestionnels ne persistent pas après le mouvement fébrile. On dirait que M. Marcé a voulu nous fournir de nouveaux faits par la publication de son mémoire pour combattre cette opinion. Par plusieurs observations qui lui sont propres, appuyées d'un certain nombre d'autres recueillies par des auteurs modernes, M. Marcé établit que l'intermittence des accidents paroxystiques n'entraîne pas l'intermittence de la fluxion viscérale; l'auscultation et la percussion pratiquées pendant la rémission chez trois malades lui ont constamment montré qu'au milieu même de cette rémittence fébrile, la congestion pneumonique persistait au degré même de l'hépatisation. Il a reconnu seulement que dans les paroxysmes les accidents congestionnels deviennent plus intenses ; dans chaque exacerbation, la toux, l'oppression, la douleur de côté, le râle crépitant, l'expectoration rouillée se caractérisent davantage. Ainsi, les fièvres rémittentes ou intermittentes pernicieuses pneumoniques résultent de deux éléments essentiels : un élément fébrile et un élément congestionnel. La marche de ces deux facteurs d'une seule et même maladie est différente ; l'un affecte une allure périodique intermittente, l'autre est persévérant au milieu même des oscillations paroxystiques. C'est du premier ou de la diathèse fébrile que ressortent les principales indications curatives. La valeur de l'élément viscéral est grande assurément; mais elle est secondaire et subordonnée au type fébrile qui doit régler la conduite du médecin. La fluxion pneumonique ne cède qu'après la fièvre, et se comporte comme l'engorgement splénique dans les fièvres intermittentes. Sous l'influence de la quinine, les accidents paroxystiques disparaissent d'abord ; mais la résolution complète de la fluxion pulmonaire ne se fait que plus tard et avec beaucoup plus de lenteur. Dans la fièvre pernicieuse pneumonique, M. Marcé a trouvé bien plus souvent le poumon gauche pris que le droit; il a fait des relevés dans les auteurs, et il a trouvé la même chose : il conclurait de là à la prédilection de la pneumonie fébrile pour le côté gauche de la poitrine, fait qu'il rattacherait à une loi plus générale, à la convergence qui pousserait vers le côté gauche du corps toutes les fluxions de nature intermittente. Cette moitié du corps serait particulièrement le département des affections périodiques, et la rate n'aurait pas ainsi le privilége exclusif de manifester cette diathèse fébrile; ce même privilége appartiendrait aussi aux organes situés dans son atmosphère. Cette opinion, qui peut avoir sa valeur, n'est émise par ce médecin qu'avec réserve. Il n'en est pas moins vrai que cette pensée le domine dans sa pratique, et que toutes les fois que, dans le cours d'une maladie, il voit une douleur, une fluxion, une convergence, soit humorale, soit névralgique, vers la moitié gauche du corps, il ne peut se défendre de penser à l'intermittence, et cette préoccupation, dit-il, a été souvent utile aux malades.

GOURMES *chez les enfants* (*Un mot sur le traitement des*). Tout le monde sait qu'à l'époque de la dentition les enfants sont sujets à présenter à la face, au cuir chevelu et souvent même sur diverses parties du corps, des éruptions pustuleuses, impétigineuses, accompagnées de croûtes. C'est cet état qui vulgairement est désigné par les noms de *gourmes*, *d'éruption des dents*, *de croûtes de lait*. La question pratique est de savoir s'il faut respecter cette éruption; et, la considérant comme une fonction supplémentaire à l'avantage de l'individu, comme une dépuration naturelle, s'il y a désavantage, danger à la guérir. Non, selon M. Trousseau; il faut traiter et guérir l'affection, fût-elle chronique, et le flux étant depuis longtemps établi vers la peau de l'enfant. Dans ce cas seulement il convient d'appliquer au bras un vésicatoire à demeure, de purger l'enfant de temps

en temps, et de donner tous les jours, matin et soir, une ou deux cuillerées à soupe de sirop antiscorbutique, selon l'âge. Il y a deux temps distincts dans la manifestation des gourmes; la première éruption, à laquelle il ne faut pas plus s'opposer qu'on ne le fait à la marche des fièvres éruptives, car les gourmes succèdent souvent à un malaise général dont elles semblent être la crise : alors il n'y a qu'à combattre l'intensité des phénomènes de réaction; mais lorsque l'éruption eczémateuse, impétigineuse ou érythémateuse n'est plus accompagnée de fièvre, que rien n'annonce plus la nécessité d'une dépuration, il ne faut point hésiter à traiter et à guérir la maladie, qui passerait à l'état chronique et prendrait une grande extension. M. Trousseau trouve en général cette guérison assez facile. Si l'affection cutanée est toute locale, au cuir chevelu, ou aux joues, par exemple, il faut ramollir et faire tomber les croûtes au moyen de cataplasmes, puis enduire la partie avec une pommade au précipité rouge de mercure, ou au calomel, dans la proportion de 1 gramme de médicament, sur 10 ou 15 grammes d'axonge; ces pommades modifient rapidement l'état local, et amènent presque toujours une guérison rapide. On peut remplacer ces pommades mercurielles par une pommade sulfureuse, composée avec 2 grammes de sulfure de calcium, de sodium, ou de potassium, pour 30 grammes de cérat. Quand la maladie s'étend à toute la surface du corps et qu'elle tend à passer à l'état chronique, M. Trousseau a retiré une grande utilité des bains de sublimé donnés tous les jours, jusqu'à ce que l'affection de la peau soit sur le point d'être guérie. Il n'est pas de jour où il ne donne des bains de sublimé à l'hôpital Necker, à plusieurs femmes et à plusieurs enfants à la mamelle, atteints de syphilis constitutionnelle. Malgré son expérience, aussi longue qu'étendue, M. Trousseau assure n'avoir jamais vu d'accidents par suite de l'absorption du sel mercuriel, même quand il y avait de nombreuses ulcérations à la peau. Malgré cette assurance, nous n'userions de ce moyen qu'avec précaution. Du reste, voici la formule du bain qu'il emploie pour un enfant :

Prenez :

Sublimé	2 à 5 gram.
Sel ammoniac	2 à 5 —
Eau	60 à 80 litres.

Mêlez et faites dissoudre.

On peut encore se servir des bains suivants :

Eau	60 à 80 litres.
Sulfure de potassium	5 gram.

Ou bien :

Eau	Même quantité.
Borax	50 gram.

(*J. des Conn. méd.-chir.*, juillet.)

LUXATION DU STERNUM. Cette luxation, nulle part mentionnée dans les auteurs classiques, et dont la science ne possède qu'un seul exemple, publié en 1773 par Auran, chirurgien de Rouen, vient d'être l'objet d'un mémoire lu à l'Académie de Médecine par M. Maisonneuve. Cette question de chirurgie, complétement neuve, mérite de fixer l'attention, surtout au point de vue pathologique.

Cette luxation a constamment lieu, suivant l'auteur, au niveau des deux premières pièces du sternum, entre lesquelles existe une amphiarthrose dont la soudure ne s'effectue pas même dans un âge très-avancé, et plus souvent encore, comme de nombreuses dissections l'ont montré à M. Maisonneuve, une véritable articulation diarthrodiale susceptible de mouvements appréciables. Les surfaces articulaires sont maintenues en rapport par deux surtouts fibreux, l'un antérieur formé de fibres transversales et obliques, l'autre postérieur, constitué au contraire par des fibres longitudinales.

M. Maisonneuve fonde l'histoire pathologique de cette luxation sur cinq observations : les deux premières lui sont propres; la troisième a été publiée par M. le docteur Manoury, interne des hôpitaux ; et la quatrième porte exclusivement sur une pièce d'anatomie pathologique empruntée au musée Dupuytren, qui offre l'articulation sternale supérieure luxée. Quant à la cinquième et dernière, la seule qui ait réellement une valeur pratique incontestable, nous nous réservons de la donner *in extenso* à la fin de cet article.

De la lecture des quatre premières observations, il résulte que la luxation sternale a lieu par cause indirecte le plus souvent, et qu'une force

capable de briser le squelette en plusieurs endroits est nécessaire pour la produire. Ainsi, nous voyons deux des malades atteints de cette luxation présenter à l'autopsie des fractures du crâne, de la colonne vertébrale, des clavicules et des côtes. — Chez un autre, le sacrum était brisé ainsi que le rachis, et, de plus, il existait une diastase des symphyses sacro-iliaques. Les deux premiers avaient fait une chute d'un lieu élevé sur la tête et les épaules; le dernier était tombé sur le bassin. — L'examen anatomique montra le sternum brisé vers son tiers supérieur, les deux fragments chevauchaient l'un sur l'autre, l'inférieur était projeté en avant, le supérieur était déprimé en arrière. L'existence des cartilages d'encroûtement sur les bords correspondants des deux pièces du sternum, et celle des facettes articulaires, ne permirent aucun doute sur la nature de la lésion, qui était réellement constituée par la luxation du corps de cet os en avant. Quant à la situation relative des côtes et du sternum, M. Maisonneuve a constamment vu les premières et les deuxièmes côtes rester adhérentes à la poignée de l'os, tandis que son corps conserve ses rapports normaux avec les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes. Le chevauchement des fragments peut être assez considérable pour que le supérieur soit en partie recouvert par l'inférieur, comme le prouve la pièce anatomique décrite à la quatrième observation. Dans cette luxation, le surtout ligamenteux antérieur se brise au niveau de l'articulation, tandis que le postérieur se décolle seulement de la face postérieure de la seconde pièce dans une étendue de quelques lignes.

Quant au mécanisme de ce déplacement ainsi produit par une cause indirecte, il est facile à déduire de la situation du sternum relativement aux côtes, à la clavicule et au rachis. Dans une chute sur la nuque, par exemple, le scapulum touchant le sol le premier rencontre une résistance qu'il transmet, au moyen de la clavicule, à la partie supérieure du sternum, tandis que les côtes transmettent à la partie inférieure de cet os la pression énorme du poids du corps, accrue de toute la vitesse qu'il acquiert en tombant d'un lieu élevé. Ainsi pressé entre deux forces qui agissent à ses extrémités, le sternum, naturellement convexe en avant, se courbe davantage et cède dans le point culminant de sa convexité, qui est précisément le niveau de l'articulation des deux premières pièces. Dans la chute sur la partie inférieure du rachis, le mécanisme est exactement le même.

Les fractures nombreuses et les lésions viscérales profondes qui accompagnent cette luxation, offrent en tout un accident pathologique moins grave en lui-même que par les circonstances dans lesquelles on l'observe, circonstances dont la mort a été jusqu'ici le corollaire obligé.

Aussi, d'après les faits relatés par M. Maisonneuve, est-il à craindre que la découverte de la luxation du sternum par cause indirecte ne reste dans la science que comme monument élevé à l'anatomie pathologique; nos musées pourront en profiter et s'enrichir de quelques pièces de plus; quant à la thérapeutique, qu'y gagne-t-elle autre chose qu'une certitude plus entière de son impuissance en présence d'un fait qui vient s'ajouter à tant d'autres qui placent en dehors des conditions de curabilité le malheureux dont le corps a ainsi subi une sorte d'attrition générale ?

La luxation par cause directe se présente sous un aspect plus consolant : un seul fait existe dans la science, et c'est un fait de guérison; oublié dans un ancien recueil de médecine, il a été mis en lumière dans le travail de M. Maisonneuve, et c'est un service qu'il a rendu à la thérapeutique en l'éclairant sur la marche à suivre dans le cas où un fait analogue se reproduirait. Voici ce fait tel qu'il a été publié par Auran au tome XXXVIe du *Journal de Médecine.*

Un homme étant au haut d'une échelle tomba avec elle. Un des échelons enfonça la première pièce du sternum sous la seconde. Pour replacer ces deux os, je fis mettre un traversin un peu élevé sous le dos du blessé, et, appuyant mes mains tout à la fois sur la symphyse du pubis et sur celle du menton, j'excitai la contraction des muscles droits du bas-ventre et du sterno-mastoïdien, ce qui dégagea les fragments de l'os et les mit de front. Pour maintenir cet effet pendant le temps nécessaire à la réunion, il me suffit de mettre un bandage compressif sur la seconde pièce qui ten-

dait toujours à s'éloigner de l'autre, et de coucher le malade les genoux et la tête élevés, pour prévenir la contraction ultérieure des muscles susdits, ce qui aurait détruit l'affrontement. Le malade fut, par ce moyen, guéri en vingt jours. (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1842.)

OPHTHALMIE *des nouveau-nés* (*Emploi extérieur du calomel dans l'*). M. le docteur Laner, médecin de l'hôpital de la Charité de Berlin, recommande comme très-efficace l'emploi local du calomel dans l'ophthalmie blennorrhagique des enfants nouveau-nés. Cette médication est, dit-il, définitivement adoptée par les praticiens de l'hôpital de la Charité de Berlin, et à Gœttingue, par le professeur Siébold. On charge un petit pinceau à miniature de calomel réduit en poudre impalpable, et par un petit choc du pinceau sur l'ongle, on saupoudre la conjonctive, l'œil étant maintenu largement ouvert. Une seule application par jour suffit le plus ordinairement; cependant ou en fait deux si l'affection est très-intense et la sécrétion abondante. Demi-heure après, on baigne l'œil dans de l'eau fraîche. Il est bon d'administrer aux petits malades qui présentent des cas graves, un quart de grain, matin et soir, de calomel, comme purgatif. Le terme moyen des guérisons, selon M. Laner, est de quatre à dix jours. M. le professeur Kluge, et son collègue, M. Knipfer, médecin d'état-major, ont fait, pendant une année tout entière, des expériences avec le calomel, dans l'ophthalmie dont il est question; c'est aux excellents résultats qu'ils ont obtenus, que cette médication doit l'extension qu'elle a prise à Berlin. (*Berliner medizinischc Zeitung*, juillet 1842.)

PÉRICARDITE. Malgré les lumières qu'ont portées sur la péricardite les études de ces dernières années quant aux symptômes et aux lésions de cette affection, il n'en est pas moins vrai qu'elle passe souvent encore inaperçue, confondue qu'elle peut être avec une pleurésie, une pneumonie, une fièvre typhoïde. Ce qui le prouve, c'est qu'on voit fréquemment, dans les autopsies, des adhérences, des fausses membranes, et d'autres lésions sur l'enveloppe du cœur, qui accusent l'existence plus ou moins reculée de la péricardite. Il n'est donc pas étonnant qu'antérieurement à l'époque moderne, Bayle ait déclaré à peu près impossible le diagnostic de cette affection, et que Corvisart en ait considéré le diagnostic comme très-difficile et très-obscur. Néanmoins, avec de l'attention, il est possible d'éviter toute méprise. Lorsqu'aux symptômes généraux d'une fièvre inflammatoire aiguë, il y a vers le cœur des battements insolites, et quelquefois, mais, il s'en faut, pas toujours, des douleurs vers cet organe, que le pouls est fréquent, très-dur, irrégulier, et qu'on ne trouve rien dans les plèvres, ni dans les poumons, on peut déjà établir le diagnostic de la péricardite, surtout lorsque l'affection coïncide ou succède à un rhumatisme articulaire. Mais l'auscultation et la percussion donnent bientôt des signes plus positifs de l'affection: il y a matité à la région du cœur, et bruit de frottement ou de craquement de cuir neuf à l'oreille; plus tard, enfin, il y a voussure de la région précordiale, et effacement des espaces intercostaux. Mais la maladie ne se présente pas toujours avec cet état de simplicité et avec cet ensemble de phénomènes, comme cela a eu lieu chez un boulanger âgé de vingt-sept ans, couché à l'Hôtel-Dieu, nº 14 de la salle des hommes, service de M. Rostan, et qui a été guéri par un traitement antiphlogistique très-énergique. — L'on sait que pour Corvisart le pronostic était presque toujours funeste. M. Rostan trouve ce jugement infiniment trop sévère: on doit au contraire, selon lui, considérer aujourd'hui la péricardite comme une maladie peu grave, et dont la guérison est le cas le plus fréquent. Il fonde cette opinion sur les cas de guérison spontanée des sujets chez lesquels, par l'absence de symptômes, la maladie a été méconnue pendant la vie, et n'a été établie que par les altérations matérielles trouvées plus tard à l'autopsie. La péricardite, dans ces circonstances, a été méconnue, et l'on n'a dirigé, conséquemment, contre elle aucun traitement; cependant les malades ont guéri. — Cela prouve-t-il exactement ce que veut M. Rostan? (*Gazette des hôpitaux*, juillet 1842.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*Emploi de la vapeur d'iode dans la*). Encore un moyen proposé pour la guérison de la phthisie pulmonaire au

second et au troisième degré. C'est la vapeur d'iode, qu'a employée chez un de ses malades, avec succès, le docteur Defuisseaux, médecin militaire belge. L'appareil dont il s'est servi est celui du docteur Dixon. Au-dessus d'un vase en porcelaine contenant de l'eau maintenue en ébullition au moyen d'une lampe à esprit-de-vin, se trouve maintenu un flacon renversé, renfermant de la teinture d'iode; un bouchon troué ferme ce flacon, et au moyen de quelques brins de coton qui traversent le bouchon, il s'écoule incessamment par gouttes de la teinture d'iode (cinq gouttes environ par minute). Cette teinture d'iode tombe dans l'eau en ébullition, et se vaporise en même temps que l'eau. Cet appareil est placé dans la chambre du malade, qui respire ainsi un air chargé de vapeur d'iode. L'inhalation s'opère ainsi sans efforts, progressivement et sans gêne. Voilà le procédé. Maintenant croirons-nous qu'en trois semaines de son usage, dans un cabinet maintenu à 15 degrés de température, M. Defuisseaux a fait disparaître les symptômes de la phthisie chez un soldat de vingt-cinq ans, qui, aux signes généraux, joignait ceux du ramollissement de la matière tuberculeuse, et de la formation de cavernes, matité sous les clavicules, gargouillement, et un peu de pectoriloquie? Nous avouons n'être pas convaincu par ce fait, d'ailleurs unique. Des recherches nouvelles doivent donc être demandées. Il faut, du reste, prévenir que ces vapeurs d'iode ne pourraient être continuées sans inconvénients. Elles activent la circulation, excitent le cerveau, occasionnent la toux, l'insomnie, des douleurs épigastriques, abdominales.

On a conseillé, pour constater la présence de l'iode dans l'économie, de verser de la solution d'amidon dans l'urine. Ce moyen n'a pu faire découvrir d'iode chez plusieurs malades de M. Defuisseaux, qui en avaient pris de fortes doses. (*Annales de la Soc. de méd. de Gand*, juin 1842.)

PIERRE DANS L'URÈTRE *arrêtée à la suite de la lithotritie.—Nouveau procédé de désobstruction du canal.* Quelque ingénieux et efficaces que soient les moyens généralement usités pour prévenir les accidents qui résultent de l'arrêt et du séjour des calculs dans l'urètre à la suite de la lithotritie, l'observation vient de prouver leur insuffisance sur quatre malades lithotritiés par M. Bonnet de Lyon, qui, en présence de difficultés imprévues, a su trouver des ressources nouvelles, dont la valeur pratique a été chaque fois sanctionnée par un succès complet.

Chez un premier malade âgé de quarante ans, et atteint d'un rétrécissement de l'urètre depuis 1826, la lithotritie fut pratiquée au mois de mai 1841 après dilatation préalable du rétrécissement. Les cinq premières séances de lithotritie furent suivies de l'écoulement, par les urines, de plusieurs fragments peu solides, blancs et composés de phosphate de chaux. Une fois seulement l'arrêt des pierres dans le canal de l'urètre fut suivi de très-vives douleurs et d'une sécrétion purulente provenant du canal lui-même. Ce ne fut qu'après seize jours qu'il fut possible de rendre au canal sa liberté.

Après la sixième séance, les mêmes accidents se renouvelèrent avec plus d'intensité; pendant dix jours, aucune tentative d'extraction ne réussit. Dans cette situation difficile qui s'aggravait d'un instant à l'autre au point de mettre les jours du malade en danger, M. Bonnet, remarquant la composition chimique des fragments de pierre qui étaient constitués par du phosphate calcaire, sel soluble dans l'acide chlorhydrique très-affaibli, songea à dissoudre les fragments qui obstruaient l'urètre, en y injectant un mélange d'eau et d'acide dans des proportions telles qu'il pût être mis en contact avec la langue sans inconvénients. Toutefois, avant de faire cette injection, M. Bonnet s'assura de l'action dissolvante du liquide, en y laissant séjourner pendant douze heures l'un des fragments de calcul les plus volumineux qui eussent été rendus par le malade. Après ce temps, le fragment était en partie dissous; ce qui en restait était si friable, qu'il suffisait d'agiter le vase pour le réduire en poussière. Fort de ces données expérimentales, M. Bonnet introduisit une petite sonde de gomme élastique, ouverte par le bout, jusque sur le calcul, et injecta dans le canal une petite quantité de limonade chlorhydrique; cette injection, suivie d'une sensation très-pénible, ne put être retenue plus de deux minutes. Le lendemain on la renouvela, et le soir du même jour, les urines entraînèrent plusieurs fragments, tous assez friables

pour se réduire en poussière par une faible pression des doigts. Le surlendemain, nouvelles injections acides; et, deux jours après, le canal était parfaitement libre, ce qui permit de broyer et d'extraire quelques fragments qui restaient encore dans la vessie. — Chez trois autres malades, des fragments de pierre formée d'oxalate de chaux s'arrêtèrent en arrière de la courbure de l'urètre, et y séjournèrent pendant plus de trois semaines, chez l'un d'eux, qu'un catarrhe pulmonaire très-intense avait surpris dans le cours de l'opération, sans qu'il fût possible d'extraire ou de repousser ces fragments par les moyens connus. Ayant constaté l'insolubilité de ces calculs dans la limonade chlorhydrique, M. Bonnet songea à substituer à la sonde ordinaire ouverte sur les côtés, une sonde largement ouverte à son extrémité vésicale, et munie à son extrémité externe d'une boîte ou cuir à laquelle pût s'adapter une seringue. A l'aide de cette modification apportée au procédé d'injection, dès la première tentative, toutes les pierres qui encombraient le canal rentrèrent dans la vessie, où la sonde pénétra immédiatement.

On conçoit sans peine la supériorité de la sonde proposée par M. Bonnet, sur celle qui est journellement employée. — Ayant 6 millimètres de diamètre environ, coupée perpendiculairement à son extrémité vésicale, de manière à présenter une ouverture égale à son diamètre, elle permet d'agir sur les fragments par un jet direct et considérable, circonstance qui manque aux sondes ouvertes sur les côtés, dans lesquelles la force d'impulsion du liquide s'épuise en partie contre les parois de l'urètre où elle se brise, de sorte qu'elle n'agit sur les fragments que par un véritable *reflux*. Aussi comprend-on que l'injection soit impuissante à refouler l'obstacle opposé par un fragment depuis longtemps en contact avec le même point de l'urètre, et y adhérant par des concrétions pseudo-membraneuses, produit d'une sécrétion muco-purulente, comme celle qui eut lieu dans le cas qui nous occupe.

En résumé, M. Bonnet vient de prouver que si la lithotritie, en raison du degré de perfection qu'elle a atteint, n'est pas susceptible de modifications fondamentales sous le rapport de l'instrumentation et du manuel opératoire, il est possible encore de découvrir des moyens de détail propres à faire disparaître quelques-uns des accidents inhérents à son emploi. (*J. de méd. de Lyon*, juin.)

POUDRE DENTIFRICE. M. le docteur E. Kemmerer a reconnu à la poudre dentifrice suivante des avantages qu'il refuse aux autres préparations de même nature.

Poudre de suie tamisée...... 30 gram.
Poudre de fraisier............ 20 —
Eau de Cologne, quelques gouttes.

Une pincée suffit pour maintenir la blancheur des dents et tonifier les gencives. Selon ce médecin, cette poudre conserve les dents et arrête la carie. (*J. des Conn. méd.-chir.*, juillet.)

QUININE (*Sur le lactate et le valérianate de*). Le prince Lucien Bonaparte a fait administrer par plusieurs médecins le lactate et le valérianate de quinine dans diverses maladies à type intermittent spécialement fébrile, et dans les fièvres quartes, qui sont endémiques dans la campagne de Rome.

Le lactate a, dit-on, produit de bons effets dans les cas où l'action du sulfate est trop violente et trop vivement sentie par les organes, sa prompte solubilité le rendant plus assimilable.

Le valérianate de quinine étant très-soluble dans l'eau, moins désagréable au goût, moins amer, moins coûteux que le lactate et le sulfate, l'auteur pense qu'on devrait en propager l'emploi surtout dans les campagnes.

— Ces essais thérapeutiques sont très-louables, sans doute, mais les conclusions en sont tout à fait contestables. Il n'est nullement prouvé que l'action du sulfate de quinine est plus violente et est moins bien supportée par les organes que le lactate. Le sulfate de quinine est, il est vrai, plus actif, parce que, à poids égal, il contient une plus grande proportion de quinine que le lactate. La différence de solubilité ne saurait être un motif d'exclusion pour le sulfate, attendu que les alcalis végétaux trouvent toujours dans le suc gastrique plus d'acide qu'ils n'en ont besoin pour s'y dissoudre, leur capacité de saturation étant des plus faibles. Quant au valérianate de quinine, sa moindre amertume ne mé-

rite pas d'être prise en considération, et il est inexact de dire que ce sel est moins cher que le sulfate : le prix de l'acide sulfurique est infiniment moindre que celui de l'acide valérianique ; donc un poids quelconque de quinine, combiné avec l'acide valérianique, constitue un médicament d'un prix plus élevé que le sulfate de quinine. (*Journ. de chimie méd.*, août 1842.)

RÉTENTION D'URINE *causée par l'usage du vin.* Il est des faits bizarres et incompréhensibles touchant la susceptibilité spéciale de certains organes chez quelques individus. En voici un exemple recueilli par M. le docteur Deville. Il s'agit d'un marchand ferrailleur, ancien militaire, aujourd'hui âgé de cinquante-huit ans, qui depuis l'âge de huit ans n'a pu boire du vin, et surtout du vin blanc, sans avoir un ténesme vésical très-douloureux, et une rétention d'urine. Malgré les situations diverses où cet homme s'est trouvé, il a donc dû toujours ne boire que de l'eau. Deux fois seulement dans sa vie il a commis l'imprudence de boire un peu de vin, et il l'a payée cher. En 1839, il enfreint, à la barrière du Trône, sa réserve habituelle, il boit environ deux verres de vin blanc. Peu d'instants après, envies pressantes et douloureuses d'uriner, mais impossibilité de remplir cette fonction ; il faut le sonder, et l'on retire de sa vessie trois litres d'urine limpide. Au mois de décembre dernier, malgré cette leçon qui l'avait tenu dix jours à l'usage des bains, des émollients et des cataplasmes, pour calmer les douleurs qu'il avait au col de la vessie chaque fois qu'il urinait, il se laisse entraîner dans un cabaret, où il boit de l'eau rougie et tout au plus un demi-verre de vin blanc. Les mêmes accidents se déclarent ; pendant trois heures il cherche vainement, en éprouvant les plus vives douleurs, à rendre quelques gouttes d'urine ; dans son angoisse, il se roule sur le carreau. A sept heures du soir, M. le docteur Deville retire par la sonde trois litres d'urine, ce qui le soulage ; mais à une heure du matin, les envies d'uriner et les douleurs recommencent ; il faut le sonder de nouveau, et quoiqu'il n'ait pris que quelques gouttes de liquide depuis la première opération, on trouve encore trois litres d'urine dans la vessie. A sept heures du matin, M. Deville est encore forcé d'employer la sonde pour soulager le malade ; il sort encore, quoiqu'il n'ait rien bu, deux autres litres d'urine. Ainsi voilà huit litres d'urine claire, limpide, sans odeur, retirés dans l'espace de douze heures, de la vessie de ce malade qui n'avait pas bu en tout deux verres de liquide dans cet espace de temps. Comme fait saillant, ce qu'il faut noter, c'est l'excitation spéciale portée par le vin chez cet homme sur les reins et sur le col de la vessie. Il a fallu appliquer vingt sangsues au périné, employer les bains et les adoucissants, et tout est rentré dans l'ordre en trois ou quatre jours. (*Revue médicale*, juin 1842.)

RHUMATISME ARTICULAIRE (*De* (*l'emploi de l'iodure de potassium dans le*). A l'exemple de quelques médecins anglais, italiens et allemands, M. le docteur Bouyer, de Marennes, a voulu expérimenter l'iodure de potassium dans l'arthrite rhumatismale. Un premier succès qu'il avait publié avait été attribué par quelques confrères à ce qu'il existait chez son malade un principe syphilitique ; M. Bouyer a recueilli quatre nouveaux faits, et il veut établir que le médicament réussit également et dans les cas où il n'y a pas de complication syphilitique, et dans ceux où cette complication existe, lors même que les traitements antisyphilitiques ordinaires ont échoué. L'iodure de potassium réussit particulièrement dans le rhumatisme articulaire chronique et la périostite chronique ; il a aussi de bons effets dans le rhumatisme articulaire aigu, mais seulement quand le traitement antiphlogistique a été constaté impuissant ou incomplétement curatif. Ce traitement a échoué dans le rhumatisme musculaire et dans la sciatique. M. Bouyer cite une dame de 40 ans, atteinte depuis plusieurs années de douleurs aux poignets, aux genoux et aux articulations tibio-tarsiennes, et d'une périostite non syphilitique du tibia gauche, qui a été guérie en vingt-cinq jours par l'iodure de potassium. Une autre dame a été guérie en quinze jours, par le même moyen, d'un rhumatisme aux genoux et aux lombes extrêmement douloureux, dont l'état aigu avait été inutilement combattu pendant deux semaines par des émissions sanguines générales et locales, un régime an-

tiphlogistique puissant et un vésicatoire aux lombes. M. Bouyer administre l'iodure de potassium à dose progressive, en commençant par 25 ou 40 centigrammes et en augmentant chaque cinq jours de 25 centigrammes jusqu'à la dose de 2, 4 ou même 6 grammes; il associe à la préparation d'iode une petite quantité d'opium dans le but de diminuer l'action sur la muqueuse gastrique, et de s'opposer à l'action atrophiante du médicament sur les glandes. Voici la formule de la potion iodurée dont il se sert; il va sans dire que la proportion d'iodure de potassium y est augmentée successivement :

Iodure de potassium..........	25 centig.
Sirop de pavots blancs.......	30 gram.
Eau distillée................	60 —

à prendre en trois fois, le matin, à midi et le soir.

M. Bouyer a ajouté, chez un de ses malades, au traitement intérieur, l'action locale de la pommade iodurée suivante :

Iodure de potassium.......	4 gram.
Axonge....................	30 —
Iode......................	25 centigr.

C'est chez un ancien militaire, M. B., âgé de 34 ans, ayant des douleurs articulaires aux deux genoux extrêmement tenaces et qu'aucun traitement n'avait pu guérir complètement depuis trois ans. Le genou droit était extrêmement tuméfié, la peau n'offrait aucune trace d'inflammation; il y avait une fluctuation profonde due à une supersécrétion de synovie. Les frictions, faites deux fois par jour, ayant amené au neuvième ou dixième jour la disparition de la tumeur articulaire, furent suspendues. Le traitement intérieur fut continué. Il procura en moins d'un mois et demi la guérison complète de M. B.; depuis cinq mois cette cure ne s'est point démentie. (*Gaz. méd. de Paris*, juillet 1842.)

STATISTIQUE. *Elle ne conduit qu'à des erreurs en thérapeutique.* Nous donnons place à l'extrait suivant d'une leçon de M. Trousseau, à l'hôpital Necker; l'on y verra nettement exprimée l'opinion du professeur de thérapeutique de la Faculté, sur la valeur de la statistique dans la pratique. Les saines idées que nous professons depuis dix ans dans ce journal triomphent de toutes parts.

« N'êtes-vous pas frappés, messieurs, d'abord de cette grande vérité, si hautement, si universellement proclamée par nos devanciers, savoir : que les maladies que nous désignons par la même appellation sont bien peu semblables à elles-mêmes, quelquefois le même jour, à la même heure, mais à plus forte raison lorsqu'on les observe dans des constitutions médicales différentes? Voyez la coqueluche du premier semestre de 1841; ses formes violentes, son intensité, ses complications; comparez-la à celle du deuxième semestre, et jugez si les deux maladies sont identiques.

« Et maintenant, si vous vouliez faire de la statistique, dans quelles déplorables erreurs ne resteriez-vous pas? Essayez des moyennes dans votre première épidémie; comparez-les aux moyennes de la deuxième, et voyez à quel stupide résultat vous arriverez! Les gens à statistique ne se souviennent pas assez de l'immense erreur de l'Hippocrate des temps modernes, du grand Sydenham. Ce praticien, auquel on ne peut reprocher que d'avoir un peu trop mis de côté les travaux de ses devanciers, était arrivé à la fin d'une longue carrière sans avoir vu de graves épidémies de scarlatine, et il disait de cette redoutable pyrexie : « *Vix nomen morbi meretur.* » C'était le résultat de sa pratique. Et peu d'années après qu'il eut fermé les yeux, on signalait, dans la Grande-Bretagne, des épidémies de scarlatine plus graves que la peste, et qui dépeuplaient des pays entiers. Et les faiseurs de statistique ne voient pas que ces faits se renouvellent tous les jours. Tandis que dans leurs hôpitaux de Paris ils comptent minutieusement les jours de durée d'une maladie, et que, après deux années, et souvent après six mois d'observations, ils établissent ce qu'ils appellent une LOI, voici que, dans un département de la France, la *loi* n'est déjà plus applicable; la mortalité qui, dans la fièvre dite *typhoïde ou putride*, n'était que d'un cinquième ou d'un quart, frappe la moitié des malades, et ailleurs en épargne les dix-neuf vingtièmes. Et des faits semblables se passent à Paris, sous leurs yeux, dans leurs hôpitaux; mais ils refusent de voir. Ils traitent deux ans de suite cent fièvres puerpérales si légères qu'elles cèdent avec une facilité merveilleuse aux

évacuants, à la diète; et voilà que tout à coup la maladie revêt les formes les plus terribles : des phlegmons, des phlébites de l'utérus, des phlegmasies du péritoine, de la plèvre, de l'arachnoïde, de l'ovaire, du tissu cellulaire du bassin, des vaisseaux lymphatiques, des articulations, viennent se jeter au travers de nos moyens thérapeutiques qui échouent misérablement. Et pourtant c'est la fièvre puerpérale d'hier, comme la scarlatine des élèves de Sydenham était la scarlatine de Sydenham lui-même; mais des complications nouvelles ont surgi, qui ont pesé dans la balance et renversé vos prétendues *lois*, auxquelles il manque la sanction de la nature. »

(*Gaz. des Hôpit.*, juillet.)

SUCRERIES COLORIÉES. Il serait nécessaire, dans l'intérêt de la santé publique, que l'administration fît connaître, et imposât aux confiseurs, pastilleurs, etc., qui habitent les départements, l'emploi des couleurs qui ne peuvent pas nuire à ceux qui font usage des sucreries coloriées. Les visites incessantes faites sans frais chez les confiseurs, par le conseil de salubrité, ont fait presque entièrement cesser dans la capitale les accidents occasionnés par l'emploi des couleurs vénéneuses; les saisies et les condamnations y sont aujourd'hui fort rares. Mais il n'en est pas de même dans les départements, où la surveillance des sucreries n'est pas faite de la même manière. Les auteurs du mémoire que nous analysons, MM. Chevallier et Habert, signalent des accidents graves, et même la mort, occasionnés, dans ces dernières années, par les substances vénéneuses colorantes des bonbons ou des papiers qui les enveloppent, à Besançon, Rouen, Épinal, Beziers, Évreux, Orléans. Il serait donc de la plus grande utilité qu'on fît faire en province par des pharmaciens habiles, quand il n'y a pas dans la ville de conseil de salubrité, une visite annuelle des magasins et laboratoires des confiseurs, afin de voir si dans leur fabrication ils n'emploient pas des substances susceptibles de nuire à la santé. Ce dont il faut être prévenu, c'est que quelques confiseurs des départements reçoivent les pralines et des sucreries toutes préparées de Paris, et que le conseil de salubrité a trouvé chez un confiseur des pralines différentes, les unes vénéneuses, avec du cinabre, pour la province, et d'autres pour Paris, avec le carmin. En Allemagne et en Angleterre, les mêmes abus sont commis et doivent être surveillés. Au lieu de se servir de sucs de plantes et de matières inoffensives servant aux teintures, comme la cochenille, le safran, la gaude, le curcuma, le tournesol, l'indigo, etc., les confiseurs, pour donner plus d'éclat à leurs couleurs, ou par économie, emploient des substances dangereuses pour la santé; ce sont principalement: la gomme-gutte, le chromate de plomb, le cinabre, les oxydes de cuivre, l'arsénite de cuivre (vert de Schweinfurt), etc. C'est aux chimistes à constater les divers poisons employés dans cette fabrication, et à employer tous les moyens de persuasion possibles pour faire renoncer à leur emploi en province. MM. les préfets devraient aussi prendre un arrêté pour rendre applicables aux fabricants de bonbons de province les mesures prises par le préfet de police de Paris. (*Annales d'hygiène*, juillet 1842.)

TREMBLEMENT MERCURIEL. Il semblerait que dans les maladies mercurielles, par cela seul que l'économie a été troublée un grand nombre de fois par l'absorption du mercure, elle est plus apte à être influencée par cet agent. Il est entré, le 8 juin 1842, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Ferdinand, service de M. Cruveilhier, un miroitier, François Aubry, dont voici l'histoire. Après trois ans d'exercice de sa profession qui l'expose aux émanations du mercure, il fut pris, en 1826, de tremblements mercuriels qui le mettaient dans l'impossibilité de marcher; le côté gauche même était comme paralysé. Il entra à l'hôpital de la Charité, où il fut traité et guéri par les bains sulfureux. Il abandonne son état jusqu'en 1833, et il n'éprouve rien. Il reprend son métier de miroitier; au bout de six mois, nouveau tremblement que les bains sulfureux guérissent comme la première fois. En 1835, après cinq mois de travail, nouveaux accidents : même traitement : guérison en six semaines. En 1838, après quatre mois de travail, retour de la maladie; guérison par les bains sulfureux en deux mois. En 1389, après deux mois et demi de travail, encore même maladie, guérie par le même moyen à

Saint-Louis, en deux mois et demi. En 1840, nouveau retour, même guérison. Enfin ce malade a eu deux rechutes en 1842, en mars dernier, et en juin. Les bains sulfureux l'ont guéri comme la première fois, et il sortira parfaitement rétabli, un de ces jours. Il est évident que ce sujet devrait abandonner sa profession. Deux choses sont à remarquer dans ce cas, la guérison constante, dans les huit rechutes de tremblements, par les bains sulfureux, et le retour de plus en plus rapproché des accidents, toutes les fois qu'il s'expose à leur cause. (*Gaz. des hôpitaux*, juillet 1842.)

TYPHUS CONVULSIF ÉPIDÉMIQUE. Tel est le nom donné par les médecins italiens à l'affection que nous avons décrite, dans notre dernier Répertoire, à l'article *fièvre nerveuse*. Pendant que Strasbourg, Avignon, Versailles, La Rochelle, Metz, etc., étaient ravagés par cette épidémie, appelée ici par quelques-uns *cérébro-spinite*, *méningite encéphalo-rachidienne*, de l'autre côté des Alpes, les docteurs Semmola, Spada, Jelapi, Elephanti et de Renzi observaient, dans les provinces méridionales de l'Italie, une affection identique avec la nôtre par les symptômes, la marche et la terminaison rapidement funeste. Nos confrères d'Italie, en désignant la maladie sous les noms de *typhus convulsif épidémique*, de *typhus apoplectico-tétanique*, ont été dirigés par des idées plus médicales que nos confrères français; car ils indiquent ainsi un état général, une fièvre avec diathèse nerveuse, et de plus, ils la caractérisent par les phénomènes vitaux qu'elle a présentés, et non par les altérations anatomiques. Nous ne tracerons pas de nouveau le tableau de la maladie d'après l'excellent article de M. Devilliers fils, que nous avons sous les yeux; qu'il suffise à nos lecteurs de savoir que partout, quel que soit le nom qu'on a donné à cette affection, elle a présenté les mêmes symptômes, offert la même gravité, fait le même nombre de victimes, donné à peu près les mêmes altérations cadavériques. En Italie comme en France, toutes les médications ont échoué, et la mort a eu lieu, soit dans les premières vingt-quatre, ou quarante-huit heures, soit à la fin du premier ou du second septénaire, rarement plus tard. Plus de la moitié des personnes atteintes ont succombé, et le petit nombre de celles qui ont survécu sont restées soit amaurotiques, soit sourdes, soit atteintes de fièvre hectique. Les médecins italiens ont, comme M. Chauffard, essayé avec désespoir, de toutes les méthodes de traitement; ils ont pratiqué largement des émissions sanguines, générales et locales, qu'ils dirigeaient, selon leurs idées, contre la congestion, et non, comme en France, contre l'inflammation; ils ont échoué. Ils n'ont pas été plus heureux avec les épispastiques, les bains, les laxatifs, les applications froides, le tartre stibié, le musc, le castoreum, l'assa-fœtida, la jusquiame, le camphre, le sulfate de quinine; toujours les malades mouraient, ou allaient de mal en pis. On ne trouve qu'un seul médecin, le docteur Elephanti, à Eboli, qui, regardant la maladie comme un véritable tétanos, l'ait traitée, non par l'opium, mais par la morphine, dans laquelle il trouva, dit-il, un remède souverain et très-efficace, qui guérissait en sept ou neuf jours. Après avoir débarrassé les premières voies, combattu la complication la plus importante, ouvert la veine, etc., il donnait au malade d'un quart de grain à deux grains de morphine dissoute dans le sirop diacode, ou bien en potion dans de l'eau distillée; il retira aussi quelque avantage des frictions sur l'épine avec la pommade de morphine. Malheureusement, ces expériences, commencées vers la fin de l'épidémie, furent faites sur un trop petit nombre de malades. (*Revue médicale*, juin 1842.)

VIDANGEURS (*Note sur les*). S'il est une profession qui mérite de fixer l'attention des hygiénistes, c'est assurément celle des vidangeurs. En effet, l'extraction des matières fécales des fosses, par des hommes exposés à respirer des émanations miasmatiques et quelquefois à être asphyxiés, constitue une profession tout à fait incommode et en apparence très-insalubre. Eh bien! il résulte de recherches faites par MM. Brichetеau, Chevallier et Furnari, près des maîtres vidangeurs de Paris, que cette profession n'est pas aussi insalubre qu'on le pense. Le service de la capitale est fait par deux cents à deux cent cinquante ouvriers vidangeurs, qui gagnent de 3 fr. 50 c. à 5 fr. par jour; ils sont en général

d'un tempérament bilieux; l'exercice de leur profession ne les empêche pas de trouver à se marier. D'après les renseignements pris auprès de maîtres qui exercent depuis vingt ou trente ans, les ouvriers vidangeurs sont sains, forts, vigoureux; ils travaillent jusqu'à un âge fort avancé, jusqu'à soixante-cinq et quelquefois soixante-dix ans; leurs enfants et leurs petits-enfants prennent volontiers la profession de leurs parents, et ont des enfants robustes. La malpropreté du métier et l'odeur des matières ne leur a jamais paru nuisible à leur santé; aucun vidangeur, ou charretier, ou ouvrier à la poudrette de Montfaucon, n'est mort du choléra. Il est constant, de plus, que plusieurs individus se sont faits vidangeurs pour guérir des maux de la peau, dont ils étalent atteints. Un ouvrier qui avait profondément altéré sa santé dans une fabrique de plomb laminé, l'a recouvrée entièrement en travaillant aux vidanges : avis à ceux qui ont constaté les bons effets des préparations sulfureuses dans les maladies de plomb. La *mitte*, ophthalmie causée par les vapeurs ammoniacales, oblige les vidangeurs à cesser pendant quelques jours leur travail, mais n'a aucune conséquence fâcheuse; ils ont aussi bonne vue que les autres, et n'ont aucune infirmité des yeux. La *mitte* est plus fréquente encore chez les ouvriers en laine, en coton, qui sont au milieu de corps légers voltigeant dans l'air. Les vidangeurs, quoiqu'on en ait dit, ne sont pas sujets à l'apoplexie. Leur accident le plus grave, c'est l'asphyxie connue sous le nom de *plomb;* mais même cet accident est aujourd'hui fort rare, par les précautions de ventilation qui sont prises. Un maître vidangeur qui emploie huit à dix ouvriers par jour, d'un bout de l'année à l'autre, a répondu qu'aucun de ses ouvriers n'avait été asphyxié depuis vingt ans; un autre, employant le même nombre d'individus, n'en a vu qu'un; un troisième, enfin, n'a jamais eu aucun de ses ouvriers asphyxié, et il en emploie journellement quinze. Il résulte de ce travail, qu'en général la profession de vidangeur, quoique sale et dégoûtante, est moins insalubre qu'une multitude d'autres qu'on pourrait citer, et qu'on y travaille aussi longtemps que dans beaucoup d'autres. (*Annales d'hygiène*, juillet 1842.)

VARIÉTÉS.

Sur une panique répandue depuis quelques jours dans Paris. — Des bruits sinistres ont circulé dans les quartiers populeux de la capitale et ont jeté la terreur dans la classe ouvrière, plus particulièrement appelée à venir se faire soigner dans les hôpitaux. Il n'était question de rien moins que de la peste, selon les uns, ou du choléra, selon d'autres, qui se seraient développés à Saint-Louis et à l'Hôtel-Dieu, hôpitaux sur lesquels on aurait arboré le drapeau noir et dont on aurait interdit l'entrée à qui que ce fût. Ces bruits n'ont aucun fondement, et doivent être démentis avec d'autant plus d'empressement que déjà ils prennent créance dans un monde plus élevé et qu'ils sont répétés par la presse des départements et de l'étranger. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'état sanitaire de tous les hôpitaux est des plus satisfaisants.

Funérailles de M. Pelletier. — A peine un mois s'était écoulé de-

puis la mort de M. Double, que l'Institut et l'Académie de médecine avaient encore à déplorer la perte d'un de leurs membres les plus distingués, d'un de nos savants les plus modestes et les plus recommandables, de M. Pelletier, directeur-adjoint de l'École de pharmacie, l'illustre auteur de la découverte du sulfate de quinine.

Fils de Bertrand Pelletier, membre de l'Institut, professeur à l'École Polytechnique et pharmacien distingué, M. Pelletier, qu'animait un ardent amour pour l'étude des sciences naturelles, avait embrassé la même carrière que son père, et, comme lui, il s'y était placé au premier rang. Tout jeune, car il comptait à peine vingt-six ans, quand il reçut les honneurs du professorat à l'École de pharmacie, sur la double présentation de l'Institut et des professeurs de cette école, il sut justifier le choix de ces deux corps savants par l'éclat qu'il jeta sur l'enseignement de l'histoire naturelle générale, et en particulier sur la minéralogie, dont il créa la chaire.

Élève du célèbre Vauquelin, ses travaux, comme ceux de son maître, avaient toujours un but pratique, et c'était dans le noble désir d'être utile qu'il se livrait à la recherche des corps nouveaux, dont il a eu le bonheur d'enrichir la science.

Mais dans aucune de ses recherches il ne s'était proposé un plus noble but qu'en analysant, avec M. Caventou les quinquinas, l'ipécacuanha, la fève Saint-Ignace, la noix vomique, le colchique, etc., afin d'en extraire les principes actifs, dégagés de tout ce qui pouvait rendre dégoûtant l'emploi de ces médicaments héroïques, et d'arracher à une mort imminente les malheureux qui répugnaient à de tels remèdes.

Laissons parler M. Dumas dans le magnifique discours qu'il a prononcé au nom de l'Institut sur la tombe de son collègue :

« Pelletier s'est fait, dans la science, une place qui ne peut pas s'amoindrir. Ses découvertes sont de celles qui ne sauraient ni s'effacer ni s'atténuer, car ce sont des découvertes absolues. Il a trouvé des corps nouveaux ; il a doté la science de substances inconnues ; et tant que la chimie vivra elle-même dans la mémoire des hommes, le nom de Pelletier sera cité avec respect, avec reconnaissance.

« Ce que Paracelse et ses disciples avaient rêvé, ce grand art d'extraire des médicaments leurs quintessences, de réduire sous un volume à peine appréciable de grandes masses de produits pharmaceutiques rebutants, Pelletier s'était attaché à l'accomplir, et dans un grand nombre de cas il y avait réussi ; mais jamais, il faut l'avouer, d'une manière plus heureuse et plus complète que lorsqu'il parvint à ex-

traire la quinine du quinquina, dans le travail célèbre qui a fixé sa réputation et celle de son collaborateur M. Caventou.

« Le nom de Pelletier demeurera inséparable de l'invention du sulfate de quinine, et il ne faut rien de plus pour se présenter avec honneur à la postérité.

« Demandez à nos soldats qui s'exposent aujourd'hui aux inclémences du climat de l'Afrique, demandez à ceux de leurs devanciers qui allèrent porter à la Grèce la liberté et une civilisation nouvelle, demandez-leur s'ils ratifient ce jugement, et vous verrez quelle sera leur réponse; c'est par milliers qu'il faut compter les hommes arrachés à une mort certaine par ce médicament vraiment héroïque.

« Et quand on se rappelle que les inventeurs du sulfate de quinine ont fait à l'humanité l'abandon complet d'une découverte qui aurait pu devenir pour eux l'occasion d'une immense fortune, quand on sait que M. Pelletier, grâce à cette générosité même, a vu un moment son patriotisme compromis par une concurrence ingrate, on trouve dans la beauté de cette découverte, dans le sentiment philanthropique qui a présidé à sa publication, dans la fermeté avec laquelle Pelletier a su conserver à la fabrication du sulfate de quinine sa voie droite et loyale, tous les caractères qui autorisent en effet à le ranger parmi les véritables bienfaiteurs de l'humanité. »

M. Pelletier était l'homme bon par excellence; son âme était droite et pure, son cœur dévoué et fidèle; le connaître, c'était l'aimer, c'était l'aimer toujours, comme l'a dit M. Dumas.

Longtemps il avait su concilier ses études et ses recherches avec la direction d'une pharmacie importante; mais depuis dix ans, absorbé tout entier par ses travaux de laboratoire et par les diverses fonctions qu'il avait à remplir, il avait cessé de s'occuper de sa pharmacie, et il avait choisi comme associé, parmi les jeunes pharmaciens ses élèves, celui qui lui avait paru le plus digne de soutenir son nom et sa réputation. Ce choix a été des plus heureux, nous devons le dire, et c'est avec satisfaction que nous avons vu M. Duclou venir sur la tombe de son bienfaiteur et de son maître, payer un juste tribut à la reconnaissance qu'il lui devait.

M. Pelletier était âgé de cinquante-quatre ans : il était membre de l'Institut, de l'Académie de médecine, du conseil de salubrité, directeur-adjoint de l'école de pharmacie, officier de la Légion-d'Honneur, etc., etc. Ses obsèques, auxquelles se pressaient en foule des savants de tous les ordres, des hommes de tous les rangs, les élèves

des écoles de médecine et de pharmacie, ont eu lieu à l'église Saint-Germain-des-Prés.

Quatre discours ont été prononcés sur la tombe de cet homme de bien, de ce savant modeste : le premier par M. Dumas, le deuxième par M. Caventou, le troisième par M. Soubeiran, et le quatrième par M. Duclou.

— *Mort de M. Larrey.* La chirurgie française vient de perdre une de ses plus grandes illustrations. Le baron Larrey n'est plus. Celui que l'empereur a glorifié, dans son testament, du titre « du plus honnête homme qu'il eût connu » ; celui qui, d'Héliopolis à Waterloo, a si dignement représenté notre art sur tous les champs de bataille, est mort le 25 juillet, à Lyon, à l'âge de 76 ans, au retour de l'inspection médicale qu'il avait été chargé de faire en Afrique. Son corps a été transporté à Paris par les soins de son fils, M. Hippolyte Larrey, qui l'avait accompagné en Afrique. Les obsèques ont été dignes de l'illustre défunt. Les cordons du poêle étaient tenus par le comte de Rambuteau, préfet de la Seine, le général Petit, commandant l'hôtel des Invalides, M. Breschet, membre de l'Institut, et M. Moizin, membre du Conseil supérieur de santé militaire. M. Larrey était ancien chirurgien en chef de l'armée d'Égypte, inspecteur général du service de santé, membre du Conseil supérieur de santé, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

— Une place était vacante à l'Académie de médecine dans la section d'anatomie et de physiologie. Les candidats présentés par la section étaient MM. Poiseuille, Longet, Manec, Nonat, Denonvilliers et Foville. Au second tour de scrutin, M. Poiseuille a obtenu la majorité des suffrages. Les candidats qui, après lui, ont eu le plus de voix sont MM. Nonat et Longet.

— Un concours a eu lieu pour la nomination à quatre places de médecins du bureau central. Il n'y avait pas moins de dix-huit compétiteurs. Ont été nommés MM. Gillette, Marotte, Gueneau de Mussy fils et Baron fils.

— M. Begin, chirurgien en chef, premier professeur du Val-de-Grâce, vient d'être élevé au grade d'inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, en remplacement du baron Larrey.

— M. Edwards, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, est mort à Versailles le 23 juillet dernier.

— Voici quelques particularités sur les accouchements qui ont eu lieu en Prusse dans l'espace de douze ans, de 1826 à 1837 inclusivement. Il y a eu, dans ce laps de temps, 6,128,953 naissances. Sur ce nombre, on a eu 6,057,200 accouchements d'un seul enfant, 70,867 accouchements de deux jumeaux, 871 accouchements de trijumeaux, enfin, 15 accouchements de quadrijumeaux.

Résultat des revaccinations pratiquées en Prusse. — Dans le courant de l'année 1841, les revaccinations ont continué à avoir lieu en Prusse, sur une large échelle : 44,941 soldats de l'armée ont été soumis à cette opération. Parmi eux, 36,132 présentaient des signes incontestables d'une première vaccine; 6,192 des signes douteux, et chez 2,567 il n'y avait aucun signe. — L'éruption vaccinale s'est montrée et a été régulière chez 23,383 soldats; irrégulière chez 8,035; le résultat a été nul chez 13,523. — On a soumis à une seconde revaccination les sujets chez lesquels elle n'avait pas réussi, et l'on a obtenu encore des pustules vaccinales sur 2,254 autres soldats. — D'après ces résultats, M. le docteur Lohmeyer établit la proportion des revaccinations fructueuses, pour 1841, à 52 pour 100. D'après le tableau que ce médecin dresse des revaccinations des années précédentes, il est porté à penser que cette proportion augmentera encore. Ainsi, en 1833, la proportion des revaccinations fructueuses a été de 31 pour 100; en 1834, de 37; en 1835, de 39; en 1836, de 43; en 1837 et 1838, de 45; en 1839, de 46; et en 1840, de 48. — Dans le courant de 1841 on n'a observé dans l'armée prussienne, malgré le règne des épidémies qui ont frappé la population, que 15 cas de varicelle, 34 cas de varioloïde et 10 cas de variole.

École de pharmacie de Montpellier. — Une chaire de physique est vacante dans l'école de pharmacie de Montpellier, par suite de la promotion de M. Balard à une chaire de chimie à la Faculté des Sciences de Paris. La nomination à cette chaire doit être faite par le ministre de l'instruction publique, sur une double liste de présentation de deux candidats, fournie, l'une par l'école de pharmacie, l'autre par l'Académie des Sciences. Le candidat choisi par le ministre sera nommé professeur-adjoint et jouira d'un traitement de 1,500 francs et des droits de présence aux examens.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ÉTUDES SUR L'ACTION PATHOGÉNIQUE DE L'IODURE DE POTASSIUM, POUR SERVIR A RÉGLER L'ADMINISTRATION DE CE REMÈDE.

Les beaux résultats que donne l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, et l'emploi général de ce moyen, depuis nos publications, par le plus grand nombre des médecins qui s'occupent de l'étude des maladies vénériennes, m'engagent à signaler quelques-uns de ses effets, qui pourraient devenir des causes d'erreur dans le cours d'un traitement, ou constituer de véritables complications capables d'entraver ou de compromettre la cure.

J'ai déjà fait connaître, dans ce journal, les circonstances dans lesquelles l'iodure de potassium doit être employé, c'est-à-dire la période des affections syphilitiques à laquelle il convient le mieux, et dont il est en quelque sorte le spécifique ; comme aussi, j'ai indiqué les doses et les formes pharmaceutiques auxquelles il fallait donner la préférence. Aujourd'hui, pour compléter l'histoire de ce puissant agent thérapeutique, c'est de son action *pathogénique* dont je vais m'occuper. Et d'abord, sous ce point de vue, disons que l'iodure de potassium a une action très-prononcée sur les sécrétions en général, qu'il excite et active. Que ses effets sur la peau, sur les muqueuses et sur les reins sont très-remarquables. Que la circulation et le sang lui-même sont quelquefois influencés, ainsi que le système nerveux et musculaire; mais qu'il existe dans la production de ces phénomènes un certain ordre de fréquence dont nous avons cru devoir tenir compte, et d'après lequel nous allons successivement les étudier. Toutefois, il m'importe de faire observer que, bien que ce qui va suivre soit déduit d'un grand nombre d'observations, je ne dois encore le donner qu'avec réserve, en attendant du temps et d'une plus longue expérience des autres praticiens, soit une entière confirmation de mes remarques, soit au contraire d'utiles rectifications.

Action sur la peau. La peau est incontestablement un des tissus les plus facilement impressionnés par l'iodure de potassium. Rien de plus commun en effet que de voir les malades qui sont sous son influence, être affectés d'éruptions diverses, et plus particulièrement d'éruptions de formes psydraciées, ressemblant assez aux pustules d'acné, avec cette différence, que les limites habituelles de l'acné sont le plus ordinairement franchies; aussi, non-seulement on voit ces éruptions avoir pour

siége la face, les épaules, mais encore on peut les rencontrer sur toute l'habitude du corps, sans exception.

Il n'y a presque pas de formes des éruptions aiguës de la peau, que l'iodure de potassium ne puisse exciter, suivant les prédispositions. Chez celui-ci c'est un eczéma, chez celui-là de l'herpès, chez d'autres ce sont simplement des érythèmes. On a pu voir encore récemment, dans mon service, deux malades qui, à deux différentes reprises, ont présenté une éruption d'érythème papuleux dans quelques points, et d'*erythema nodosum* dans d'autres; chez un malade affecté de cancer de la face, auquel l'iodure de potassium a été donné à assez forte dose, nous avons vu à plusieurs reprises se développer une éruption d'impétigo sur le cuir chevelu, un *rupia* offrant les caractères du *rupia* cachectique sur les jambes et sur les avant-bras, accidents qui cessaient presque aussitôt que le remède était suspendu, pour reparaître aussitôt aussi qu'on en reprenait l'usage. J'ai vu plusieurs fois l'iodure de potassium donner lieu à un véritable pourpre hémorrhagique. Chez un monsieur surtout auquel j'ai donné récemment des soins, à trois reprises différentes, ce médicament, après une quinzaine de jours d'administration, a déterminé sur les jambes une véritable maladie tachetée de Warloff. J'ai observé un cas à peu près semblable sur une dame que j'ai vue conjointement avec mon honorable confrère, M. le professeur Cruveilhier, et chez laquelle l'iodure de potassium, qui avait produit des effets miraculeux dans un cas de syphilis tertiaire des plus graves, détermina vers la fin de la cure une éruption pétéchiale des membres inférieurs, du reste sans aucune espèce de gravité. Quelques malades n'éprouvent du côté de la peau qu'un sentiment de chaleur, de picotement, et quelquefois un prurit plus ou moins prononcé. On conçoit combien il est important de connaître ces différents effets de l'iodure de potassium sur le derme, afin de ne pas les confondre avec les accidents auxquels on voudrait opposer le remède, et surtout pour s'en abstenir momentanément chez ceux qui auraient déjà des maladies analogues, ou des prédispositions telles que l'iodure de potassium dût ou les exaspérer, ou les développer.

Action sur les fonctions digestives. Nous avons été à même de constater, et le plus grand nombre de ceux qui ont expérimenté l'iodure de potassium sont d'accord avec nous sur ce point, que les fonctions digestives sont en général activées, excitées dans un sens favorable; les individus gagnent de l'appétit, les fonctions se font mieux, et l'embonpoint, c'est un fait constant, en est la conséquence la plus ordinaire.

Cependant, il est des circonstances dans lesquelles ce médicament peut produire sur les voies digestives des effets pathologiques. Un de ces effets, très-remarquable et assez constant, consiste en une douleur

qui a pour siége le grand cul-de-sac de l'estomac, et qui, par la manière dont les malades l'expriment, pourrait être prise, au premier abord, pour une douleur pleurodynique de l'hypocondre gauche. Cette douleur est quelquefois très-vive, sans que la soif soit augmentée, sans que l'appétit soit en aucune façon dérangé, sans que la langue exprime aucune souffrance de l'estomac, et sans surtout qu'il y ait la moindre réaction sur la circulation. La pression n'augmente pas cette douleur, la digestion n'a sur elle aucune influence; elle semble entièrement due à un état gastralgique. Chez quelques individus, l'appétit, d'abord accru d'une manière satisfaisante, devient excessif, exagéré, et finit par constituer un état morbide. Nous avons eu, à l'hôpital, des malades que le double de la plus forte ration ne pouvait satisfaire. Enfin, chez un petit nombre de personnes, l'emploi de l'iodure de potassium est suivi de véritables phlegmasies, soit de l'estomac seul, soit de l'ensemble du canal intestinal; de là des vomissements, des diarrhées, et enfin tous les phénomènes d'empoisonnement. Cependant, nous devons noter que l'action de cet agent sur la muqueuse intestinale a pour résultat plus fréquent un flux séro-muqueux. On verra qu'il a un effet analogue sur les autres muqueuses.

Ptyalisme. A propos de l'action pathogénique de l'iodure de potassium sur les voies digestives, je dois insister sur un phénomène que j'ai fréquemment rencontré; je veux parler d'une salivation particulière que peut déterminer ce médicament. Chez un assez grand nombre de sujets, ce remède amène un véritable ptyalisme, qui peut être très-considérable et aussi fort que le ptyalisme mercuriel le plus prononcé. Ce phénomène particulier est important à connaître, afin de ne pas le confondre avec l'effet analogue que peut déterminer le mercure, dans le cas surtout où un traitement mercuriel est administré concurremment avec l'iodure de potassium. Il me suffira d'indiquer les caractères propres au ptyalisme iodique, sans rappeler ceux produits par le mercure, pour qu'on puisse les distinguer l'un de l'autre.

La salivation à laquelle peut donner lieu l'iodure de potassium ressemble beaucoup au ptyalisme des femmes enceintes. Dans ces cas, la salive est peu visqueuse; elle semble non-seulement venir de la cavité buccale, mais encore être le produit d'une sorte de régurgitation. La muqueuse buccale peut être un peu excitée, un peu œdémateuse; mais il n'y a pas de signe d'inflammation comme dans la stomatite mercurielle, et surtout on n'y observe aucune tendance à l'ulcération particulière à cette dernière. Dans la plupart des cas même, il est impossible de noter une altération appréciable quelconque de tissu. Les glandes salivaires ne sont le siége d'aucun gonflement; les malades se plaignent

que leur salive est salée, ou qu'elle leur rappelle le goût de l'iodure de potassium ; de plus, dans aucun cas la bouche ne fournit d'odeur particulière.

Action sur les reins. La sécrétion de l'urine est souvent augmentée par l'iodure de potassium. En général, les malades qui sont soumis à l'influence de ce médicament urinent beaucoup plus que dans l'état ordinaire. Cette augmentation de sécrétion peut, dans quelques circonstances, constituer un véritable état pathologique ; on a pu voir, dans mon service à l'hôpital des Vénériens, un malade qui fut pris d'une diurèse, sous l'influence de l'iodure de potassium. Chaque fois que le remède était administré, l'émission de l'urine augmentait d'une manière considérable. Ce malade a rendu de quarante à cinquante litres d'urine par vingt-quatre heures ; il buvait, du reste, dans la même proportion, et rendait pour ainsi dire litre par litre les boissons ingérées. Chaque fois que l'iodure de potassium était suspendu, cette supersécrétion accidentelle cessait ; mais elle se reproduisait dès qu'on reprenait le médicament. Du reste, dans ce cas particulier comme dans ceux où la sécrétion urinaire était infiniment moindre, comme aussi chez les sujets dont l'urine n'était pas sensiblement augmentée, ce fluide n'a jamais présenté autre chose de notable, si ce n'est qu'on y a retrouvé l'iodure de potassium.

Action sur la circulation. Le mouvement circulatoire ne nous a pas paru sensiblement influencé par l'iodure de potassium ; en général, le pouls n'est ni accéléré ni ralenti. Dans quelques circonstances, on a pu croire à une action particulière sur la circulation, parce que certains individus, étant sous l'influence d'un mouvement fébrile avant l'administration du remède, ont vu ce mouvement diminuer ou s'éteindre pendant son usage ; évidemment pour nous, dans ces cas, la modification du mouvement circulatoire n'est point le fait de l'iodure de potassium, elle résulte uniquement de l'action médicatrice qui a fait cesser l'accident dont la fièvre était un symptôme. Chez quelques sujets cependant, mais comme exception rare à la règle que j'ai formulée, la circulation a été activée ; mais ici encore, c'est moins par l'action directe du médicament sur la circulation, que par l'excitation quelquefois un peu trop forte qu'il a pu produire sur les voies digestives, soit qu'il ait déterminé de toutes pièces une inflammation gastro-intestinale, soit qu'il eût été administré à des malades chez lesquels les voies digestives étaient déjà en mauvais état.

En tenant compte encore de l'action de l'iodure de potassium sur le sang lui-même, il nous a semblé que, dans quelques cas, comme nous avons eu l'occasion de le dire en parlant de ses effets sur la peau, l'io-

dure de potassium rendait le sang moins plastique, et disposait ainsi aux hémorrhagies. Nous avons observé des hémorrhagies nasales, des hémorrhagies pulmonaires, et même quelquefois des hémorrhagies intestinales pendant l'administration de l'iodure de potassium chez des individus dont le sang était déjà appauvri, soit à cause d'un état chlorotique, scorbutique, scrofuleux, soit enfin par le fait d'une syphilis ancienne qui avait déjà porté une atteinte profonde à leur constitution.

Action sur la conjonctive. A la suite des phénomènes que nous venons de noter, il en est un qui se rencontre souvent, et qui pourrait donner d'assez vives inquiétudes aux médecins qui n'ont pas l'habitude du maniement du remède dont il est question : ce phénomène a trait à ce qui se passe sur la conjonctive.

Les accidents qui ont lieu sur cette membrane muqueuse peuvent se manifester seuls, ou bien se trouver liés à ceux qui se passent sur les fosses nasales et sur les bronches. On voit fréquemment, chez les malades qui sont soumis à l'iodure de potassium, les conjonctives d'un côté, ou des deux à la fois, se prendre. A une injection vasculaire plus ou moins générale, plus ou moins rapide, ne tardent pas à s'ajouter une tuméfaction de la membrane muqueuse et une infiltration ordinairement très-prononcée du tissu cellulaire sous-muqueux, qui donnent lieu, du côté de l'œil, à un chémosis quelquefois très-considérable, et, du côté des paupières, à un œdème le plus ordinairement très-prononcé. Cette espèce d'ophthalmie, qu'on pourrait appeler *catarrho-œdémateuse*, présente encore le cachet particulier des effets généraux de l'iodure de potassium sur les muqueuses, c'est-à-dire que la sécrétion est accrue, sans tendance, ou avec fort peu de tendance à la suppuration. Il m'a semblé que, chez un grand nombre de malades, ces accidents survenaient plutôt dans les premiers jours de l'administration du remède que quand ils en avaient déjà fait un assez long usage. J'ajouterai qu'il me paraît que quand ce phénomène a eu lieu une fois, il est rare qu'on le voie se reproduire sur le même sujet une seconde ou une troisième fois. Cet effet de l'iodure de potassium sur les yeux est très-important à connaître, parce que l'ophthalmie particulière qu'il détermine pourrait souvent être prise pour un accident vénérien, et plus particulièrement pour une ophthalmie blennorrhagique, avec laquelle elle peut avoir quelque analogie.

Action sur la respiration. Nous avons pu noter, dans un grand nombre de circonstances, des effets très-remarquables de l'iodure de potassium sur les voies respiratoires. Chez un certain nombre d'individus, dès le premier septénaire de la médication, et chez quelques autres, seulement après un temps beaucoup plus long, on voit survenir un coriza particulier, qui pourrait en imposer soit pour un coriza simple, soit pour

une exaspération de symptômes syphilitiques du côté des fosses nasales. Dans les cas particuliers d'action de l'iodure de potassium sur la membrane de Schneider, il survient, comme dans le coriza simple, de l'embarras dans les fosses nasales, de l'enchifrènement, très-rarement des éternuements; la sécrétion muqueuse est considérablement accrue; mais le flux a cela de particulier qu'il est ordinairement beaucoup moins visqueux, et qu'il n'a aucune tendance à passer à l'état purulent. Ce rhume d'iodure de potassium ne mûrit pas, pour nous servir d'une expression vulgaire; et même, si, antérieurement à l'administration du remède, il existait une sécrétion purulente des fosses nasales, sous son influence, la purulence, à moins qu'elle n'ait pour origine une carie osseuse, ne tarde pas à diminuer et quelquefois à disparaître.

Action sur les bronches. Chez quelques malades moins nombreux, c'est sur la muqueuse bronchique que se passent les effets que nous venons de mentionner pour la membrane pituitaire. On voit alors se manifester des symptômes d'une bronchite particulière : la toux ici est peu prononcée; il est rare qu'on observe de la fièvre symptomatique; mais les malades éprouvent ordinairement une gêne assez prononcée de la respiration, et rendent une assez grande quantité de crachats semblables à ceux qu'on observe dans la première période de la bronchite simple; il y a toutefois cette circonstance particulière, que ces crachats cessent comme ils avaient commencé, c'est-à-dire sans passer à l'état purulent. Du reste, à très-peu de chose près, les phénomènes stéthoscopiques et ceux fournis par la percussion sont les mêmes que dans la bronchite simple.

Action sur le système nerveux. Comme effets encore moins fréquents, mais dont il faut tenir compte chez les sujets soumis à l'iodure de potassium, nous dirons que nous avons vu quelquefois survenir un peu d'excitation cérébrale; des signes de légères congestions qui ont donné lieu à quelque chose d'analogue à l'ivresse produite par les boissons alcooliques; cette ivresse, du reste, a déjà été notée par d'autres, et a été désignée sous le nom d'*ivresse iodique*. Dans ces cas particuliers, nous avons aussi observé, chez quelques malades, une certaine influence de la médication sur les agents de la locomotion : quelques sujets ont présenté des mouvements spasmodiques, de légers soubresauts dans les tendons. M. le docteur Guillon m'a dit qu'un de nos confrères croyait avoir observé une amaurose double sur un homme, dont la femme présentait le même accident, sous l'influence de l'iodure de potassium ; mais des faits de cette nature ont besoin d'une analyse sévère avant d'être accueillis.

Action sur les organes génito-urinaires. L'action de l'iodure de

potassium m'a paru porter aussi sur la muqueuse urétrale. J'ai pu, dans quelques circonstances, attribuer à cette médication le retour de blennorrhagies mal éteintes, ou l'exaspération de celles qui existaient déjà; de telle façon que la présence d'une blennorrhagie, et surtout d'une blennorrhagie voisine de l'état aigu, est pour moi une contre-indication momentanée à l'emploi de cet agent thérapeutique. On conçoit cependant que, dans quelques cas particuliers de blennorrhée, on doit pouvoir tirer un bon parti de l'iodure de potassium.

Ce que nous venons de dire de l'action de ce remède sur l'urètre peut parfaitement s'appliquer à la muqueuse vaginale et utérine. Chez quelques malades traités par l'iodure de potassium et affectés de catarrhe utérin ou utéro-vaginal, j'ai vu la sécrétion morbide s'accroître considérablement. Il s'ensuit que l'existence d'un catarrhe utéro-vaginal aigu, ou qui est près de cet état, constitue également une contre-indication à son emploi.

Si je voulais maintenant indiquer la proportion dans laquelle les accidents que je viens de signaler se sont montrés relativement au nombre de malades que j'ai soumis à l'usage de ce puissant agent thérapeutique, je pourrais dire que c'est incontestablement chez le plus petit nombre; j'ajouterais qu'on voit des centaines de malades traités par ce médicament, et qui sont conduits à une guérison complète sans qu'on ait pu noter aucun des effets pathologiques que je viens de décrire. J'ai hâte de dire aussi qu'il n'est pas un de ces accidents, même ceux en apparence les plus graves, qui résiste au delà d'un septénaire, quand on suspend à temps la médication, ou qu'on la modifie dans sa dose. Je n'ai pas rencontré jusqu'à présent plus de cinq à six malades chez lesquels il m'ait fallu définitivement renoncer au remède à cause de l'action pathogénique constante qu'il produisait. Chez un grand nombre j'ai dû en modifier les doses ou en suspendre momentanément l'emploi, éclairé que j'étais par la connaissance des effets que je signale aux praticiens, effets qui, comme ceux que produit le mercure, doivent être pour nous comme autant de régulateurs. Dans l'emploi de l'iodure de potassium, on peut se régler sur ce principe banal, qui veut que les doses soient suffisantes pour modifier et guérir le symptôme que l'on veut combattre, sans arriver à produire aucun des effets fâcheux que nous avons fait connaître.

Du reste, un fait pratique que mon expérience me permet d'établir comme positif, c'est que les phénomènes morbides, qui dépendent purement et uniquement de l'action de l'iodure de potassium, ne demandent jamais, pour disparaître en peu de jours, d'autre traitement que la suppression du médicament, ou la diminution de ses doses. Les effets patho-

logiques de ce remède sont moins permanents et persévérants que ceux produits par le mercure ; ils cessent presque aussitôt qu'on supprime la cause qui les a produits.

Bien que l'esquisse qui précède soit sans doute très-incomplète, elle servira, je l'espère, à faire ressortir certaines contre-indications dont on ne tient pas ordinairement assez de compte. Elle fera connaître aussi que, dans quelques circonstances, avant d'administrer l'iodure de potassium, il faut faire disparaître certaines complications, ou combattre certaines prédispositions qui auraient pour effet d'empêcher le remède d'agir convenablement. De plus, la connaissance parfaite de l'action thérapeutique de l'iodure de potassium et de son action pathogénique encouragera, j'en suis sûr, les praticiens timides à employer des doses assez élevées et convenables, comme aussi elle imposera, je l'espère, un frein à ceux qui ont une malheureuse tendance à les exagérer.

C'est en procédant de cette manière que nous sommes arrivé à trouver les doses auxquelles l'iodure de potassium doit être administré. Dans la majorité des cas, pour ne pas perdre un temps précieux en des tâtonnements inutiles, on peut administrer ce remède à la dose de 1 gramme 50 centigrammes par jour, en trois fois. Il faut ordinairement cinq à six jours de l'administration de la même dose, pour juger de l'effet produit. Si les symptômes que l'on veut combattre ne s'amendent pas, si on n'aperçoit aucun des accidents que nous avons signalés, on augmente chacune des doses de 50 centigrammes, ce qui fait 3 grammes par jour. On continue de la même manière pendant cinq ou six jours, et, selon les effets produits, on augmente encore dans les mêmes proportions, on reste dans le *statu quo*, ou l'on diminue. Aujourd'hui que mon expérience sur ce point est très-étendue, je puis dire qu'on a rarement besoin de dépasser 3 grammes par jour, pour arriver comme maximum à 6 grammes, de même qu'il est excessivement rare qu'on soit forcé d'en donner moins de 1 gramme 50 centigrammes par vingt-quatre heures.

J'emploie beaucoup, dans la pratique privée, le sirop suivant :

Prenez : Sirop de salsepareille. . . 500 grammes.
Iodure de potassium. . . 16 grammes.

Mêlez.

D'abord 3 cuillerées à bouche par jour, puis 6, puis 9, puis 12 ; — dose moyenne, 6, à prendre en trois fois dans la journée.

Ce sirop est pris dans une décoction de feuilles de saponaire, de houblon ou de squine.

Lorsque le traitement doit se composer en même temps de mercure et d'iodure de potassium, je préfère donner ces substances isolément, que

de les faire prendre combinées, soit sous forme de pilules, soit sous forme de sirop. D'abord, parce que d'un jour à l'autre la médication doit être surtout changée : tantôt il faut suspendre l'un des deux médicaments, en diminuer seulement la quantité, ou bien au contraire l'augmenter, d'où la perte des préparations faites d'avance; et ensuite, parce que les malades supportent en général moins bien les composés d'iodure de mercure et de potassium que ces iodures pris séparément, et surtout à une distance l'un de l'autre, deux heures, par exemple.

Ce que je viens de dire de l'iodure de potassium s'applique en très-grande partie à l'iodure de fer, médication puissante, que j'ai expérimentée déjà depuis longues années, et de laquelle j'ai également tiré un excellent parti; médication aussi à laquelle j'aurais donné la préférence sur l'iodure de potassium, si sa composition chimique avait été généralement plus régulière et plus fixe. Mais je puis dire, quant à présent, que dans la grande majorité des cas, essayé sur une très-grande échelle, l'iodure de potassium l'emporte, comme résultats favorables, de cinquante pour cent au moins. Si l'iodure de fer doit être préféré dans quelques circonstances, bien qu'il soit moins facilement supporté par le plus grand nombre de malades, c'est alors qu'il existe des complications scorbutiques chez les individus anémiques, chez ceux, comme on le dit vulgairement, qui ont le sang pauvre, et dans les circonstances où les préparations ferrugineuses se trouveraient indiquées, et aussi dans les cas où l'iodure de potassium est suivi d'effets anti-plastiques par trop prononcés.

Ricord.

DE LA POLYSARCIE, CONSIDÉRÉE COMME IMMINENCE MORBIDE OU COMME MALADIE, ET DE SON TRAITEMENT.

Suivant les recherches de Béclard, et qui paraissent assez rigoureuses, chez un homme d'un embonpoint médiocre la graisse forme environ le vingtième du poids du corps entier. L'observation de tous les jours démontre d'ailleurs qu'un embonpoint de beaucoup supérieur, et en même temps de beaucoup inférieur à ce chiffre, est compatible avec une santé parfaite. Toutefois, même alors que chez un individu abondamment chargé de graisse on examine successivement les diverses fonctions, et qu'on voit celles-ci s'accomplir avec la plus parfaite régularité, au moins quant à leurs résultats physiologiques, déjà on remarque qu'un sentiment de gêne très-réel accompagne le jeu encore parfaitement normal pourtant des principaux organes. Là sans doute ne commence point encore la maladie, mais là déjà certainement commence la nécessité

d'une hygiène spéciale. La polysarcie ou l'accumulation de la graisse dans les vésicules adipeuses à un degré qui menace l'économie d'accidents plus ou moins graves, et qui constitue par lui-même une affection morbide très-réelle, suit immédiatement cet état qui est encore la santé. Notre intention n'est point de faire ici une monographie complète de la polysarcie; nous nous proposons seulement de faire sur ce sujet quelques remarques qui aillent droit à la pratique.

Relativement à l'étiologie de la polysarcie, nous avons cru observer que l'hérédité exerce sur cette maladie la plus puissante influence. Mais pour bien saisir ce résultat, il faut savoir choisir, qu'on nous passe cette expression, les sujets de son observation. Parmi les aptitudes, les virtualités physiologiques spéciales, que nous imprime le sceau de l'hérédité, il en est un certain nombre qu'use évidemment le frottement de la vie, qui s'effacent au contact souvent rude des choses et des hommes. Cela arrive surtout pour l'aptitude physiologique dont il s'agit en ce moment. Au milieu du tourbillon qui constitue aujourd'hui la vie de la société, il est bien peu d'enfants qui soient appelés à vivre dans les conditions au sein desquelles leurs pères ont vécu; les uns s'élèveront au-dessus, les autres tomberont au-dessous du niveau de leur origine; de là des changements profonds dans les habitudes morales comme dans les habitudes physiques, dans les aptitudes morbides même, dont l'hérédité posa le germe dans l'organisme. Malheureusement, ce mouvement qui entraîne ainsi la société tend le plus souvent à agir dans le sens même des aptitudes congéniales les plus funestes, telles sont les aptitudes scrofuleuses, tuberculeuses, et la prédisposition à la polysarcie reçoit au contraire, de ces conditions générales, une influence qui tend à l'effacer. Aussi, pour saisir ici la loi de transmission héréditaire, faut-il observer non pas au sein des grandes cités, où ces causes de perturbation des prédispositions congéniales existent à leur maximum d'intensité, mais dans les campagnes éloignées des grands centres de populations, où la vie rencontre moins d'obstacles à son développement dans le sens des aptitudes originelles de l'organisme. Le champ de l'observation ainsi limité, on voit éclater d'une manière évidente l'influence de l'hérédité sur la production de l'obésité à ses divers degrés. Il est encore quelques classes de la société où sont religieusement observées certaines traditions séculaires, et où l'on voit encore se manifester cette puissante influence. Nous connaissons une famille fort ancienne, dont les derniers membres, comme le premier qui la fonda, présentaient tous un véritable état de polysarcie, qu'on a souvent, mais vainement, essayé de combattre.

Une chose également fort remarquable relativement à l'étiologie de

la maladie dont il est ici question, c'est qu'on la voit quelquefois survenir à la suite d'affections plus ou moins graves, et qui ont porté une atteinte plus ou moins profonde à l'organisme. Dans le cercle de notre observation, et nous sommes forcé ici de n'en point sortir, car les auteurs se taisent complétement sur cette question, la fièvre typhoïde serait une des maladies à la suite desquelles on verrait le plus souvent la graisse s'accumuler ainsi surabondamment dans les vésicules adipeuses. Nous avons vu également survenir une polysarcie véritablement morbide, à la suite d'une fièvre intermittente tierce; nous rapporterons plus loin cette observation.

Les phénomènes par lesquels la polysarcie se manifeste, se rangent dans deux ordres bien distincts, suivant que le fluide graisseux est accumulé dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans les vésicules du même tissu, à la surface, ou dans l'épaisseur d'organes internes, au jeu normal desquels tout l'organisme est intéressé. Nous allons successivement, mais brièvement, examiner la maladie sous ces deux formes.

Quand c'est dans le tissu cellulaire sous-cutané que s'est opérée l'hypersécrétion morbide du fluide graisseux, les membres finissent par subir une véritable déformation : les muscles entre les fibres desquels s'est également interposée une quantité plus ou moins grande de graisse, se contractent difficilement, empêchés qu'ils sont à la fois par la masse énorme qu'ils ont à mouvoir, et l'obstacle direct que ces jetées graisseuses mettent à leur contraction ; aussi les malades ont-ils une répugnance invincible pour le mouvement. L'abdomen prend une ampleur extraordinaire; les couches épaisses de graisse dont sont surchargés ainsi les muscles qui circonscrivent cette cavité, agissent pour entraver la respiration, comme la masse d'eau qui pèse sur le ventre et la poitrine lorsque l'on prend un bain. Mais la gêne de la respiration devient bientôt elle-même un obstacle à la libre circulation du sang, qui tend à stagner dans les organes, et à y déterminer des désordres plus ou moins graves. Lors même que la polysarcie n'est point arrivée au degré que nous venons d'indiquer, elle est déjà une cause de trouble notable pour cette importante fonction, et c'est de là, sans aucun doute, que partent les imminences morbides les plus sérieuses chez les personnes obèses. Dans la plupart des cas, ce n'est que lentement que les malades arrivent à une telle polysarcie; dans quelques cas cependant on est étonné de la rapidité avec laquelle la graisse s'accumule ainsi d'une manière hypernormale dans les vésicules adipeuses. Voici un fait intéressant, que nous croyons devoir citer avec quelques détails.

M. N***, d'une constitution sanguine, d'une force ordinaire, jouissant habituellement d'une bonne santé, est atteint d'une fièvre intermit-

tente tierce, qui, après avoir paru et disparu plusieurs fois, finit par céder complétement à l'influence longtemps continuée du sulfate de quinine. Pendant les premiers mois qui suivent cette guérison, le malade ne présente rien d'anormal à l'observation; puis, dans un espace de temps fort court, il acquiert un embonpoint qui déjà étonne les personnes qui le retrouvent après l'avoir perdu de vue. Peu à peu cet embonpoint augmente d'une manière vraiment effrayante ; pour nous, quand alors nous revoyons M. N***, nous ne pouvons nous défendre d'un sentiment profond d'étonnement : la face a presque doublé de volume, les joues rebondies, font perdre aux yeux une partie de leurs dimensions apparentes, ils paraissent aussi plus enfoncés; les seins sont de véritables mamelles ; le ventre, très-proéminent malgré les sangles qui l'entourent, touche presque les cuisses ; celles-ci présentent à leur partie supérieure et interne un érythème dû au contact, au frottement des parois abdominales, surtout dans la situation assise; les bras, les cuisses, les jambes, offrent également des dimensions considérables, mais non en rapport toutefois avec l'accroissement de volume des autres parties que nous venons de désigner. Dans cet état de choses, M. N*** peut à peine marcher ; à peine a-t-il fait quelques pas, qu'il est essoufflé et forcé de s'arrêter. Dans le mouvement, la face, habituellement colorée d'une manière intense, devient vultueuse, on dirait que le sang va sourdre à travers les pores de la peau. Les fonctions digestives n'offrent rien d'insolite. Consulté par ce malade, qui ne s'inquiète nullement de son état, nous lui conseillons, autant que cela se peut, l'exercice, un régime extrêmement ténu, et des boissons alcalines abondantes. Garçon, nous lui conseillons de se marier. Ces divers moyens, jusqu'au mariage inclusivement, ne produisent absolument aucun effet, à moins que nous n'attribuions à leur influence la suspension au moins de la progression rapide du mal. Chose remarquable même, M. N*** épouse une femme jeune, belle, riche, qu'il avait ardemment convoitée ; eh bien, au bout de quelques mois de mariage, il tombe dans une véritable indifférence; et ce n'est point là seulement de la satiété morale, c'est presque de l'impuissance physique; lui, qu'autrefois le simple frôlement d'une robe de femme suffisait à exciter, reste froid, glacé, auprès d'une femme prête à lui prodiguer toutes ses caresses. Nous avons depuis quelque temps perdu de vue le malade, mais nous savons qu'il est toujours à peu près dans le même état, heureux que la maladie ait au moins suspendu ses progrès effrayants.

C'est là le cas de polysarcie le plus remarquable que nous ayons observé ; nous avons cru qu'il méritait d'être cité avec quelques détails. Ces sortes de cas sont assez rares, mais ceux qui le sont beaucoup moins,

ce sont ceux dans lesquels l'hypersécrétion adipeuse se localise dans une surface plus ou moins étendue ; il est en effet des individus chez lesquels la graisse s'accumule ainsi d'une manière anormale, soit sous la peau de l'abdomen, soit à la surface de la cage thoracique, soit même simplement à la face ; dans ces cas, les autres régions du corps sont sans doute également chargées abondamment de fluide adipeux, mais ce fluide n'est point réparti d'une manière uniforme ; il est abondamment versé surtout dans certaines régions déterminées, de façon à former, si nous pouvons ainsi dire, des lipômes de vaste dimension. Nous ne rapporterons point ici des faits de ce genre, il n'est pas de praticien un peu éclairé qui n'en ait observé et étudié dans sa pratique. Ces sortes de polysarcie partielle sont la source de troubles divers pour la santé, et ces accidents varient suivant les régions du corps où s'est faite l'accumulation insolite. Mais si la polysarcie, soit générale, soit partielle, n'entraîne ordinairement que des imminences morbides plus ou moins graves, et dans lesquelles les congestions cérébrales tiennent sans contredit la première place, il n'en est pas de même des polysarcies internes, qui consistent dans l'accumulation du fluide adipeux autour d'organes plus ou moins importants, tels que le cœur, les médiastins, les reins, le mésentère, le mésocolon, etc. Dans quelques-uns de ces cas, la mort peut résulter du fait seul de ces infarcinations graisseuses. On lit dans le journal de Corvisart un exemple bien remarquable d'obésité générale, compliquée de dépôts adipeux dans divers organes internes. Le cas suivant, rapporté par Wade, médecin de Lisbonne, et analysé par Macbride[1], mérite d'être consigné ici. « Le malade, après avoir présenté tous les signes qui caractérisent une pulmonie, en offrit d'autres qui donnèrent lieu de soupçonner un anévrysme du cœur, ou des gros vaisseaux, ou quelque épanchement dans le péricarde ; enfin il mourut, longtemps après avoir été tourmenté non-seulement par la gravité des symptômes qui se succédaient, mais encore par nombre de remèdes, qu'on cherchait à opposer à une cause qu'ils ne pouvaient vaincre. On trouva, à l'ouverture du corps, l'espace médiastinal rempli d'une prodigieuse quantité de graisse; aucun épanchement notable dans les cavités pectorales et péricardines. Le cœur était, pour ainsi dire, également enseveli dans la graisse, dont les prolongements s'étendaient jusqu'aux moindres ramifications des vaisseaux coronaires ; il y en avait dans l'espace du thymus ; le mésentère, le mésocolon en étaient surchargés prodigieusement. » Malgré les méthodes nouvelles dont la science diagnostique s'est enrichie de nos jours, il est douteux qu'aujourd'hui on parvînt à saisir cette sorte d'alté

[1] *Introduction méthodique à la théorie et à la pratique de la médecine*, t. I, p. 126.

ration dans les organes intérieurs qui peuvent la présenter; pour ce qui est du cœur cependant, il est possible que dans les cas où un dépôt de graisse aussi considérable que dans l'observation précédente se serait effectué à la surface de son tissu, on pût arriver à reconnaître cette lésion, qui peut en altérer les bruits normaux soit en les éloignant, soit même en les modifiant dans leur timbre d'une manière particulière. C'est là une chose intéressante à rechercher. Mais alors que par la percussion ou l'auscultation on serait amené à reconnaître cette maladie, quels moyens, dans l'état actuel de la science, l'art pourrait-il lui opposer? C'est ce qui nous reste à dire d'une manière succincte.

Autant qu'il est permis de généraliser en parlant d'une affection qui jusqu'ici a été légèrement étudiée, et sur laquelle nous n'avons nous-même que des indices fort circonscrits, nous croyons que la thérapeutique par laquelle il convient de la combattre doit s'appuyer sur deux éléments principaux qu'on trouve au fond de cette maladie : le premier de ces éléments, auquel on arrive par la voie de l'induction, c'est la diathèse qui commande forcément cette hypersécrétion adipeuse insolite; le second est atteint par l'observation directe, c'est l'état d'inertie dans lequel tombent la plupart des organes sécréteurs de l'économie pendant que la sécrétion adipeuse jouit d'une si prodigieuse activité. Nous croyons en effet avoir observé cet état d'antagonisme remarquable dans la simple obésité, et dans son exagération morbide, la polysarcie. La plupart des sécrétions jouissent d'une activité moins grande que dans l'état normal. Sans doute l'immobilité relative à laquelle sont condamnés les individus placés dans de telles conditions, a sa part dans cet effet physiologique; mais cette cause ne suffit point seule à expliquer le résultat que nous signalons. C'est ainsi que chez le malade dont nous avons précédemment retracé l'histoire, les organes spermatiques étaient frappés d'une inertie remarquable. Si, quand faisant effort pour marcher, on voit les personnes obèses suer si abondamment, dans la plupart des cas cela n'implique point contradiction avec ce que nous cherchons à établir; c'est là un phénomène provoqué. Mais la transpiration insensible, qui est une des sécrétions par lesquelles nous perdons le plus, est très-peu abondante; les sécrétions intestinale, biliaire, sont fort peu actives; aussi, dans cet état de l'économie, remarque-t-on le plus ordinairement qu'il y a constipation opiniâtre. L'urine nous a paru également sécrétée en moindre quantité que dans l'état rigoureusement physiologique. Il n'est pas jusqu'à la sécrétion des larmes elles-mêmes, qui n'entre également en antagonisme avec l'hypersécrétion adipeuse de la polysarcie. Et ce n'est pas sans fondement qu'on suspecte d'égoïsme les personnes chargées d'un grand embonpoint! Observez-le, les indi-

vidus gras pleurent fort rarement. Comme dans beaucoup de maladies, on voit donc dans la polysarcie se rompre cette loi d'équilibre, de balancement qui, dans l'état normal, existe entre les diverses sécrétions. Mais ici, plus qu'ailleurs, on voit se détruire cet équilibre, parce que la maladie qui amène cette rupture est une lésion sécrétoire. Dans l'organisme vivant, l'antagonisme morbide se produit surtout entre les actes homogènes.

Par quels moyens maintenant remplir la double indication qui sort de la considération de ces éléments essentiels de la polysarcie? La nature de la diathèse sous la dépendance de la quelle se trouve cette maladie ne peut être que soupçonnée; nous croyons, d'après l'ensemble des phénomènes qui la traduisent, qu'elle est le plus ordinairement sthénique. Le régime ténu, maigre, est donc positivement indiqué; l'exercice, autant qu'il est possible, doit féconder ce régime. Sans oser prétendre que, dans le cas précédemment rapporté, nous devions attribuer à l'usage des alcalins la suspension des progrès de la maladie, nous pensons pourtant que ces moyens, comme altérants, peuvent être mis en usage avec quelques chances de succès. La seconde indication à remplir, c'est de réveiller les sécrétions engourdies. Ici viennent se placer les principaux agents de la matière médicale, qu'il faut, en pareil cas, savoir manier, combiner avec sagacité : ce sont les diurétiques, les diaphorétiques, les émétocathartiques, les aphrodisiaques, etc.

Quant à certains moyens qui ont été proposés par divers auteurs, tels que les acides, le mercure, l'iode, etc., on peut en effet par là faire disparaître la polysarcie, mais en créant des états morbides plus graves encore; de tels moyens doivent donc être proscrits au nom du principe que nous ne devons jamais oublier : *primò non nocere.*

Il n'est personne qui n'ait eu occasion d'observer dans le monde des individus qui, sans maladie proprement dite, sans trouble appréciable, au moins dans le jeu des fonctions les plus importantes de l'organisme, perdent rapidement leur embonpoint, leur brillant coloris; un chagrin profond, celui surtout qui résulte de la perte d'une fortune laborieusement amassée, est la cause la plus ordinaire de ce changement, dont on chercherait vainement le point de départ, nous le répétons, dans quelque localisation morbide. Il résulte de ce fait un enseignement pour la thérapeutique de la polysarcie; c'est qu'une forte préoccupation morale, habilement provoquée dans cette maladie, peut exercer la plus heureuse influence : ce n'est point du reste une main vulgaire qui peut tendre un ressort aussi délicat; le médecin a besoin ici de la plus grande sagacité, et d'une supériorité d'intelligence réelle qui lui permette de dominer son malade. Mais il n'est pas douteux pour nous, qu'une idée directe ou

une passion dépressive mise au cœur d'un individu surehargé d'un embonpoint morbide ne devînt un des moyens les plus sûrs de guérison. Cependant en faee de eette maladie, tout incommode qu'elle soit, toutes graves que soient même les eonséquences qu'elle peut entraîner, n'oublions pas qu'il faut surtout prendrc garde de nuire.

Max. SIMON.

DU TRAITEMENT DES HYDROPISIES PASSIVES, ET PARTICULIÈREMENT DES AVANTAGES DE L'EMPLOI D'UN VIN DIURÉTIQUE PARTICULIER DANS CES AFFECTIONS.

Par M. DEBREYNE, D.-M. à la Grande-Trappe (Orne)[1].

Nous avions, en 1820, fait un petit travail sur la thérapeutiquc des hydropisies, uniquement dans le but de rendre plus eomplète l'instruetion pratique de nos élèves. Cet opuseule manuscrit, d'une einquantaine de pages environ, renfermait les différents traitements de toutes lcs hydropisies, avee les modifieations et les combinaisons appropriées à toutcs les complications et à toutcs les nuances diverses des eolleetions séreuses, ainsi qu'aux dispositions individuelles des malades. Ces méthodes de traitement étaient particulièrement fondées sur notrc pratique; car alors déjà nous avions eu oceasion de traiter bon nombre de ees maladies, et de presque toutes les espèces.

Vingt années d'cxpérience nouvelle ct toujours eroissantc, qui ont passé sur ee premier travail, ont dû, ce semble, en augmentcr et la valeur pratique et l'étcnduc matérielle; porter, par exemple, cette dernière à eent ou deux eents pages. Il n'en est ecpendant pas ainsi pour ce dcrnier point, car ces vingt années d'observations et d'expérimentations nouvelles n'ont fait que réduire les cinquante pages au nombre fort modeste de quatre; quatre pages ont seulement conservé le principe ou la base fondamentale de tout ce travail. Or, cette base ou ce prineipe de thérapeutique, dans les hydropisies passivcs, sc réduit pour nous à ceci :

Il faut toujours s'assurer une des voies de déeharge dont la nature sc sert d'ordinaire pour expulser les sérosités épanchées dans les cavités splanchniques. Comme dans la curation des hydropisies les évaeuations séreuses ont lieu le plus souvent par les voies urinaires et les voies intestinales, il faut donc combiner les cxcitants des sécrétions urinaires avee les cxcitants des évaeuations intestinales ou alvines, c'est-à-dire les diu-

[1] Extrait du Mémoire qui a obtenu le premier accessit au concours du *Bulletin de Thérapeutique.*

rétiques avec les purgatifs ou les drastiques (hydragogues des anciens), sous une forme rapprochée et concentrée. De ce principe du mode ou de la forme pharmaceutique découle la conséquence que le régime alimentaire doit être sec, absorbant et tonique, essentiellement composé de viandes grillées, rôties, de pain grillé, etc.; d'un peu de vin blanc pour boisson, ou de vin rouge si le malade le préfère. D'après cela donc, nous retranchons et nous proscrivons toutes les boissons aqueuses, et généralement toutes les tisanes et tous les apozèmes réputés apéritifs et diurétiques. Nous recommandons toujours aux malades de ne boire que le moins possible, et de tromper plutôt la soif, si elle devient impérieuse, au moyen de quelques fruits rafraîchissants, des oranges, des citrons, etc., d'un peu de vin blanc léger, un peu de poiré, de bière, etc.

Quant aux moyens pharmaceutiques, nous n'en connaissons pas de meilleur, de plus sûr et de plus efficace que le vin médicinal suivant :

Prenez :	Jalap concassé.	8 grammes.
	Scille concassée.	8 grammes.
	Nitrate de potasse. . .	15 grammas.

Mêlez.

On fait tremper ces substances dans un litre de vin blanc pendant vingt-quatre heures. Cela fait, on en prend trois cuillerées à bouche par jour, une matin, midi et soir, et deux heures avant les repas. Au bout de deux jours, on en prendra six cuillerées, deux matin, midi et soir; et encore deux jours après, on portera la dose à neuf cuillerées : également en trois fois. On continue ainsi si l'estomac supporte bien ce remède; c'est-à-dire si l'on n'éprouve point trop d'irritation dans les voies digestives, ni vomissement, ni colique trop forte, ni enfin un trop grand nombre de selles. Il faut que le nombre des garde-robes ne dépasse jamais sept ou huit en vingt-quatre heures.

Nous le répétons, de toute la matière médicale ce remède est pour nous le plus sûr, le plus efficace, le plus promptement et le plus constamment suivi de succès. Nous le prescrivons ordinairement plusieurs fois par semaine, et quelquefois même plusieurs fois par jour. Fréquemment il agit par les urines, c'est la meilleure voie; d'autres fois il porte son action évacuante sur le canal intestinal, et il opère par les selles séreuses; quelquefois par ces deux voies en même temps. Dans tous les cas donc, une voie éliminatoire est assurée par l'action double et combinée de ce puissant agent thérapeutique, et le soulagement par conséquent est généralement certain.

Nous pourrions citer, à l'appui de cette médication, un grand nombre de faits de guérison d'hydropisies passives plus ou moins géné-

rales, d'anasarques avec ou sans ascite; nous n'entendons parler ici que de l'ascite légère commençante au premier et même au second degré, et de celle qui est essentielle et survient chez les sujets jeunes et exempts de tout engorgement ou obstruction viscérale. Quant à l'ascite considérable au troisième degré, effet ordinaire d'une affection organique abdominale grave, nous n'avons par devers nous que très-peu de cas de guérison solide et durable : on ne sait que trop, d'ailleurs, que ces sortes de maladies résistent presque toujours à toutes les médications internes, et que pour le traitement on est réduit à l'emploi de moyens purement mécaniques, comme le bandage ou la ceinture élastique abdominale, et enfin à la ponction ou à la paracentèse. Pour les autres cas, hors ceux où il y avait ascite considérable et à la dernière période, nous les avons vus céder ordinairement, quoique quelques-uns d'entre eux fussent abandonnés comme incurables, nous les avons vus céder, disons-nous, en moins de deux ou trois semaines; c'est-à-dire à la deuxième bouteille de ce vin diurétique, qui ordinairement ne commence à agir qu'au second litre. Il est inutile de faire observer que dans ce genre de médication, comme dans tous les traitements internes actifs, il faut avoir l'œil constamment ouvert sur l'état des organes digestifs, afin de suspendre, modifier, diminuer et approprier le remède à la susceptibilité des organes et à l'irritabilité des sujets; et, par-dessus tout, il ne faut pas le commencer s'il existe une notable irritation générale et surtout locale, c'est-à-dire gastro-intestinale. Nous appelons ce remède vin diurétique *majeur*, par opposition à un autre d'une bien moindre efficacité, désigné sous le nom de vin diurétique *mineur*. Voici la formule de ce dernier :

Prenez : Nitrate de potasse. . . 12 grammes.
Baies de genièvre. . . 60 grammes.

On fait tremper ces substances dans une bouteille de vin blanc pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, on en prend un verre par jour en trois fois, un tiers matin, midi et soir, et une heure avant les repas. Nous employons ce vin *mineur* seulement contre les enflures œdémateuses des pieds et des jambes et les hydropisies commençantes.

Dans les cas rares où notre vin majeur demeure impuissant ou insuffisant, ou lorsque les malades éprouvent une trop grande répugnance à le prendre, nous le remplaçons par les pilules diurétiques suivantes :

Prenez : Poudre de digitale. . . . 12 grammes.
Scammonée. . . . . . . 6 grammes.
Scille pulvérisée. . . . . 6 grammes.
Extrait de genièvre, quantité suffisante pour 120 pilules.

Une pilule le premier jour, deux le second, et l'on augmente ainsi la dose d'une pilule chaque jour jusqu'à six, que l'on prend en trois fois, un tiers matin, midi et soir, et deux heures avant le repas. Sur chaque dose de pilules on prendra trois à quatre cuillerées de vin blanc dans une bouteille duquel on aura fait fondre 12 grammes de nitrate de potasse. Ces pilules sont encore spécialement employées dans les cas d'hydro-péricarde, et alors on applique ordinairement un large vésicatoire sur la région du cœur; dans l'anasarque, suite d'affections organiques du cœur, à moins toutefois qu'il ne se rencontre des cas exceptionnels; et enfin dans l'hydrothorax annoncé ordinairement par l'augmentation du volume du thorax, le décubitus sur le côté de l'épanchement, la dyspnée ou l'oppression plus ou moins considérable, la toux sèche, la matité, l'absence du bruit vésiculaire, le souffle bronchique tubaire, le tremblement de la voix; plus l'état général, la faiblesse, la pâleur et la flaccidité de la figure, l'œdème des paupières, la petitesse et la faiblesse du pouls, la diminution des urines, etc.

Malgré l'efficacité incontestablement reconnue de ces médications, nous devons convenir que malheureusement trop souvent les cures ne sont que palliatives et temporaires, c'est-à-dire qu'elles n'ont très-souvent qu'une durée de quelques mois, ou tout au plus d'un à deux ou trois ans; et cette guérison, très-précaire, est encore entrecoupée de fatales et fréquentes rechutes. Cette réflexion nous fait rappeler, entre un grand nombre d'autres faits, celui d'un homme atteint depuis longtemps d'anasarque et d'ascite légère qui avaient résisté à tous les traitements que les médecins de son pays lui avaient fait subir; enfin, abandonné des hommes de l'art, il se fit transporter chez nous. Quelques bouteilles de vin majeur le firent désenfler promptement, et le malade parut guéri pendant quelques mois. Au bout de ce temps, retour de l'hydropisie générale : nouvelle administration du vin diurétique, suivie d'une prompte disparition de l'anasarque; en un mot, il y eut encore plusieurs autres rechutes, mais aussi toujours efficacement combattues par le même remède. Vers le même temps, on nous consulta pour un homme que l'on disait être atteint d'enflure et d'hydropisie de poitrine : on ajoutait que les médecins, après de longs et inutiles traitements, avaient fini par l'abandonner comme un vieillard usé et aux prises avec une maladie absolument incurable. C'était le sentiment de tout le monde. Le malade ne pouvait être transporté; il gardait le lit et était orthopnéique. En désespoir de cause, nous hasardâmes le vin majeur, après toutefois nous être enquis comme nous pûmes de l'intégrité des organes digestifs, et, sur ce que l'on nous dit que le malade ne souffrait pas du ventre, que le peu de nourriture qu'il prenait ne l'incommodait pas, qu'il n'accusait

absolument qu'une extrême oppression qui ne pouvait tarder à le faire périr, et qu'enfin il n'avait pas de fièvre, le vin diurétique fut administré. Au bout d'environ une quinzaine de jours, le malade était infiniment mieux et se disait guéri, au point que, quelques semaines après, il vint nous voir, fit dix à douze lieues malgré son grand âge et sa faiblesse. Quelques mois après, il y eut une récidive qui disparut sous l'influence de la même médication. Bref, nous pensons que ce malade a prolongé encore sa vie de deux ou trois ans à travers bien des récidives qui se dissipaient toujours à l'aide du vin majeur, dont à la fin il fut obligé de faire un usage presque continuel.

Nous avons eu à traiter, il y a peu de temps, une ascite, laquelle, pour être assez récente, n'en était pas moins grave et au troisième degré, à ne considérer que le volume énorme du ventre. Cette hydropisie nous a paru essentielle, c'est-à-dire sans lésion organique viscérale. Elle était survenue après une maladie aiguë chez une jeune femme de vingt-cinq ans, dont la mère est morte d'hydropisie ascite. La malade a été parfaitement guérie à l'aide de deux bouteilles de vin majeur, c'es-à-dire dans l'espace de douze à quinze jours. La crise s'est faite particulièrement par les urines. Une autre femme de soixante ans, atteinte d'ascite commençante, et d'enflure aux jambes, en a été très-promptement débarrassée par le même vin diurétique.

Nous pourrions résumer une foule d'autres faits de guérison ; mais la nature de notre sujet ne comporte pas ce genre de détails, qui, d'ailleurs, seraient peu utiles et n'apprendraient rien de nouveau aux praticiens. Nous aurions volontiers rapporté un fait ou deux de guérison d'ascite grave primitive et à la troisième période, si sur ce point nos souvenirs étaient moins confus et moins vagues ; nous préférons donc garder un silence absolu plutôt que de nous exposer à être narrateur inexact.

Nous ne proposons pas ces médications comme spécifiques ; elles ne sont à nos yeux que spéciales, et ne doivent avoir une valeur réelle que dans les hydropisies passives que l'on n'a pu guérir plus rationnellement, c'est-à-dire par la destruction de leur cause ou par les moyens qui paraissent les plus propres à atteindre ce but.

DEBREYNE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE STAPHYLÔME PELLUCIDE CONIQUE DE LA CORNÉE (CONICITÉ DE LA CORNÉE), ET PARTICULIÈREMENT SUR SA PATHOGÉNIE ET SON TRAITEMENT, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR LES STAPHYLÔMES EN GÉNÉRAL.

La maladie qui fait le sujet du présent mémoire est rare ; son origine et sa nature ont été jusqu'ici enveloppées d'épaisses ténèbres. Le traitement a nécessairement dû se ressentir de la même incertitude; entièrement empirique, il n'a pu avoir que des résultats d'une nullité désespérante. Les recherches que nous avons faites sur cette maladie nous semblant avoir éclairé sa pathogénie et posé des indications curatives plus précises, notre travail, malgré les détails pathologiques qui n'en ont pu être exclus, ne paraîtra pas déplacé, nous l'espérons, dans un journal plus spécialement consacré à la thérapeutique.

I. *Quelques remarques sur les staphylômes en général.* — On a confondu, sous le nom de staphylôme, des maladies oculaires très-hétérogènes qui n'ont de commun entre elles qu'un seul caractère, celui d'une saillie, d'une élévation au-dessus du niveau des membranes externes du globe. Le staphylôme de la choroïde, par exemple, ne ressemble en rien au staphylôme de la cornée. En revanche, le staphylôme de l'iris, qu'on regarde généralement comme tout à fait différent de ce dernier, à une certaine période de son développement, est parfaitement identique à certains staphylômes de la cornée, chose qui jusqu'ici a entièrement échappé à tous les observateurs, et que par cette raison nous allons signaler en passant. Lorsqu'un staphylôme de l'iris a existé quelque temps et a acquis un volume considérable, sa surface, continuellement irritée par le contact de l'air ambiant et le froissement des paupières, se recouvre d'une matière exsudative fibro-albumineuse. Cette matière se convertit en fausse-membrane acquérant peu à peu une épaisseur et une consistance très-notables, et dont le tissu, blanchâtre ou blanc bleuâtre, lisse et quelquefois vascularisé à sa surface, représente une espèce de pseudo-cornée, semblable en tout au tissu du staphylôme cornéen. Le diagnostic alors devient souvent très-difficile, si on n'a pu suivre la marche de la maladie dès sa première origine.

II. *Du staphylôme pellucide conique de la cornée.* — Le staphylôme pellucide conique de la cornée, objet particulier de cet article, comme

l'indique son nom, diffère très-notablement des autres staphylômes, qui sont tous opaques. Il se distingue, en outre, du staphylôme opaque de la cornée par la structure de la membrane malade, qui, à l'exception de ses dimensions et de sa forme, n'a subi aucun changement, tandis que dans le staphylôme opaque elle est profondément altérée. Par cette raison, le nom de *conicité de la cornée*, assez généralement adopté aujourd'hui, nous paraît de beaucoup préférable.

III. *Ses caractères pathognomoniques.* — Le caractère pathognomonique le plus marquant du staphylôme pellucide de la cornée suffit à lui seul pour en assurer le diagnostic; c'est une saillie plus ou moins conique de cette membrane, placée le plus souvent à son centre, mais fréquemment aussi un peu latéralement. Cette saillie peut atteindre un volume plus ou moins considérable, et occuper même quelquefois la presque totalité de sa surface; elle affecte toujours une forme conique. C'est à cause de cette forme que la maladie a aussi reçu les noms de *staphylôme pellucide conique de la cornée, conicité de la cornée, cornée conique ou cornée en pain de sucre* (*sugar-loaf cornea, conical formed cornea*), noms qui lui ont été imposés en Angleterre, où cette maladie a été observée le plus souvent, et où elle semble en effet être beaucoup plus fréquente que sur le continent. Les autres dénominations qu'on lui a données sont : *ochlodes, ceratoconus, procidence de la cornée, hyperkeratosis*, etc., sur quelques-unes desquelles nous aurons occasion de revenir. Quels que soient la durée et le volume de cette saillie (et je parle ici d'après un assez grand nombre de cas de cette maladie rare que j'ai observés moi-même), elle conserve toujours la forme d'un cône qui ne fait que s'agrandir et devenir plus obtus et comme tronqué à son sommet. La forme du cône est aussi quelquefois un peu plus irrégulière sur ses bas côtés et près de sa base, lorsqu'elle occupe les parties latérales de la membrane.

A ce caractère anatomique correspond d'une manière tout aussi constante, dans l'ordre des symptômes physiologiques, une myopie plus ou moins considérable.

IV. *Symptomatologie.* — Nous avons indiqué comme le symptôme pathognomonique principal l'élévation de la cornée en forme de cône. Ce cône, qui peut avoir jusqu'à quatre millimètres (deux lignes) d'élévation au-dessus du niveau de la cornée, hauteur qu'il ne dépasse qu'exceptionnellement, paraît tantôt superposé au centre de la membrane, tantôt s'étend uniformément jusqu'à sa circonférence. Lorsqu'il acquiert son plus grand volume, on l'aperçoit quelquefois à travers les paupières fermées, surtout lorsqu'elles sont très-minces; il est bien rare que le rapprochement des paupières en soit gêné. La chambre antérieure est

agrandie en raison du volume de la conicité ; dans un seul cas (Textor) le toucher a donné la sensation d'une fluctuation. Le sommet de la proéminence, toujours plus ou moins obtus, présente un éclat luisant, quelquefois étincelant, comme un morceau de cristal ; mais ce phénomène n'est ni aussi général, ni toujours aussi prononcé que l'ont présenté quelques auteurs, et n'a toujours lieu que dans certaines positions et en face d'une vive lumière solaire. Il est surtout erroné de croire, comme l'a dit Léveillé, que par suite de cette concentration des rayons lumineux la pupille se resserre considérablement; je l'ai en général trouvée de sa largeur normale, et, en face même d'une lumière directe et très-forte, je n'ai pas vu qu'elle se contractât plus que sur des individus sains, ou que le scintillement empêchât d'apercevoir facilement la pupille et l'iris, qu'en général on voit mieux de côté qu'en face, à cause de la plus grande difformité de la cornée à son centre et d'une légère opacité du sommet de la saillie, dont nous parlerons dans le paragraphe suivant. Le reflet luisant m'a surtout paru moins marqué lorsque le sommet de la tumeur était plus obtus ou plus opaque. Regardée de profil, où sa forme conique se dessine beaucoup mieux, la tumeur présente, dans sa partie antérieure et dans une étendue plus ou moins grande, une couleur jaunâtre tirant sur l'opale ; elle ressemble quelquefois à de la corne jaune mince et transparente, ou à un morceau de topaze pâle. Son aspect est difficile à décrire, et encore plus difficile à dessiner ; tous les efforts de l'habile M. Beau, qui a appris à un si haut degré d'allier l'art à la vérité dans la représentation graphique des maladies oculaires, y ont échoué jusqu'ici.

Nous n'avons pas observé d'autres symptômes dans cette maladie. Toutes les autres membranes de l'œil sont saines, et nous regardons comme des complications accidentelles et très-rares celles observées par quelques auteurs, telles que le tremblement de l'iris, sa position anormale en forme de concavité, le changement de sa couleur, sa vascularisation, un trouble dans la pupille, une cataracte commençante ou complète, l'amaurose, etc. Un cas décrit par M. Mueller, où il y avait une tendance au staphylôme du corps ciliaire, nous paraît avoir été plutôt une hydrophthalmie antérieure qu'une véritable conicité de la cornée. L'ophthalmie concomitante n'a été observée qu'à la suite de l'emploi de moyens irritants. Je n'ai point rencontré chez mes malades d'état pathologique général capable d'être regardé comme la suite ou la cause de l'affection locale, abstraction faite de la dysménorrhée et de légères congestions cérébrales dont il sera question plus tard.

En raison de l'absence de toute complication, la vue en général ne subit aucun changement autre qu'une myopie plus ou moins grande,

proportionnée au degré de déformation de la cornée, et s'expliquant facilement par le changement que celle-ci doit faire subir à la réfraction des rayons lumineux. Comme tous les myopes, les malades sont forcés de clignoter, pour voir avec plus de netteté à distance. Au plus haut degré de la maladie, lorsqu'elle occupe également les deux yeux, la myopie, portée à son maximum et empêchant les malades de se conduire seuls, même à l'aide de verres concaves, équivaut à la cécité. La vision est meilleure à une lumière douce et pour les objets placés latéralement, à cause de la plus grande déformation de la cornée à son centre et de la légère opacité du sommet du cône. Elle gagne notablement lorsqu'on fait regarder le malade à travers un petit trou pratiqué dans une carte; mais au plus haut degré de l'affection cette amélioration est nulle ou peu sensible. D'après M. Wardrop et plusieurs autres médecins, les corps lumineux distants seraient vus doubles ou multiples, ce qui s'expliquerait, d'après sir D. Brewster, par la présence sur la cornée de petites éminences sphériques et de petits creux, éminences et creux dont ce savant distingué croit l'existence démontrée par des expériences de physique qu'il a faites, sans assurer qu'il les ait aperçus à l'œil nu ou à la loupe. Pour ma part, dans aucune de mes nombreuses observations je n'en ai vu, bien que généralement j'aie examiné à l'aide d'un verre grossissant le sommet du cône, à cause de ses opacités superficielles. Aussi aucun de mes malades n'a-t-il accusé spontanément le phénomène de la diplopie ou polyopie, et ceux à qui j'ai adressé des questions sur ce point ont toujours répondu négativement. Cette circonstance ne peut donc être regardée comme constante. Il en est de même de quelques cas dans lesquels les objets ont été vus colorés, décolorés ou défigurés.

V. ***Sur une légère opacité qui se trouve constamment, selon nous, au centre de la conicité de la cornée.*** — Les auteurs qui ont écrit sur cette maladie ont en général signalé le cône de la cornée comme entièrement transparent. Quelques-uns d'entre eux ont cependant indiqué, comme existant quelquefois accidentellement ou comme se formant consécutivement à la conicité et pendant son progrès, des points opaques sur cette élévation. Pour ma part, j'ai ***constamment*** vu, et j'en ai été frappé dès mes premières observations remontant au delà de quinze ans, une opacité d'ordinaire très-limitée, peu profonde et d'une teinte très-claire, située au sommet du cône ou sur ses côtés, plus ou moins près du sommet. Toujours je l'ai reconnue à l'œil nu; les personnes auxquelles je l'ai fait voir, lorsque d'abord elles en doutaient, ont toujours fini par la reconnaître à l'aide de la loupe. C'est une petite taie ou cicatrice superficielle blanc-bleuâtre ou blanchâtre, peu foncée à son centre et s'effaçant peu à peu à sa circonférence, dont l'étendue

est variable. Quelquefois il y en a plusieurs, contiguës les unes aux autres; quelquefois aussi la couleur de la taie est plus foncée; M. Textor l'a vue blanc-jaunâtre. Toujours, je le répète, elle est placée sur le sommet ou près du sommet; jamais je n'en ai vu située plus près de la circonférence. Je ne l'ai pas non plus vue très-épaisse et foncée, de manière à supposer qu'elle ait pu être la suite d'une ulcération pénétrante, bien que, selon M. Schmidt, quelques auteurs disent avoir vu une cicatrice fine dans la membrane de l'humeur aqueuse. De bonne heure j'ai pensé que cette opacité ne pouvait être l'effet d'un simple hasard, et qu'elle devait avoir quelque influence sur la production de la conicité. Des observations ultérieures sont bientôt venues me montrer la justesse de ma supposition, comme nous allons le voir dans le paragraphe

VI. *Pathogénie*. — Personne jusqu'ici n'a expliqué comment se développe cette singulière maladie, et quelle est l'altération de la cornée qui la produit. Les uns l'ont attribuée à une espèce d'hydrophthalmie antérieure, les autres à une action défectueuse des vaisseaux nourriciers de la cornée, ou à l'amincissement et à la distension de cette membrane; d'autres encore à son induration; d'autres enfin à son épaississement et à son hypertrophie, ou à une espèce de végétation de son tissu. Cette dernière opinion, émise d'abord par Adams, a été adoptée par Himly, auteur d'une des monographies les plus complètes sur cette maladie, mais qui, chose singulière et preuve suffisante de sa rareté, surtout dans certains pays, n'en a jamais observé lui-même un seul cas, malgré l'étendue très-grande de sa clientèle ophthalmologique. Ce célèbre professeur a imposé à l'affection, fort mal à propos, à notre avis, le nom d'*hyperkeratosis*, expression formée par analogie des mots *hyperostosis*, *hypersarcosis*, etc., se fondant sur une simple hypothèse qui depuis a été réfutée positivement par l'anatomie pathologique. Nous croyons au contraire que la saillie de la cornée dépend de son amincissement et de sa distension, et se développe toujours à la suite d'une ulcération plus profonde au centre, s'effaçant peu à peu vers la circonférence, ulcération dont la cicatrice, étant toujours plus mince et moins résistante que les parties saines de la cornée, cède successivement à la projection des humeurs de l'œil produite par le jeu des muscles, et finit par former une protubérance. Cette protubérance, plus forte au centre, c'est-à-dire à l'endroit de la cicatrice, où la membrane est toujours plus mince et plus faible, doit nécessairement, avec le temps, prendre une forme conique. C'est au sommet ou dans son voisinage immédiat que doit se trouver, et se trouve en effet toujours, selon mon expérience, une petite cicatrice, la perte de substance de la membrane étant toujours plus considérable au milieu. L'opacité est légère parce que l'ulcération est peu profonde, et

que, loin d'être taillée à pic, elle se perd insensiblement vers la circonférence. Souvent même, comme nous le verrons plus tard, la maladie passe par la forme du kératocèle avant de revêtir celle de la conicité de la cornée; or, les kératocèles se guérissent fréquemment avec fort peu d'opacité, semblables, sous ce rapport, aux ulcères en facettes.

Cette explication, basée sur l'existence constante, selon nous, d'une petite opacité sur le sommet de la tumeur, est extrêmement importante pour la thérapeutique. Établie depuis longtemps, elle est entièrement confirmée par le résultat d'une autopsie, dont je n'ai eu connaissance que depuis peu, et par des observations que j'ai eu occasion de faire, et qui n'avaient point été faites auparavant, tant sur la première période du développement de la conicité de la cornée, que sur la marche de certains kératocèles qui se transforment en staphylômes pellucides coniques, et sur la conicité partielle de la cornée. Enfin cette théorie peut s'étayer d'une guérison radicale d'un cas de conicité très-avancée, obtenue par un traitement dirigé d'après des indications qui nous ont été fournies par ces idées sur la pathogénie de la maladie.

Occupons-nous successivement de ces différents points.

VII. *Anatomie pathologique.* — La seule dissection qui ait été faite a été pratiquée en 1830 par feu Jaeger, professeur de clinique chirurgicale à la faculté d'Erlangen, et par M. Wagner, alors prosecteur à la même faculté, et actuellement professeur de physiologie à celle de Gottingue. (Schmidt, thèse sur l'hyperkeratosis. Erlangen, 1830, § 5.) Les deux yeux d'un homme de cinquante-neuf ans étaient affectés de conicité de la cornée. Sur l'œil droit il y avait une cicatrice évidente superficielle et non également opaque partout, se dirigeant de haut en bas; la distension de la cornée était presque sphérique et plus forte en bas. Une légère pression, exercée sur le globe oculaire avant la dissection, rendait la cornée saillante. Lorsque, après la dissection, on saisissait cette membrane entre les doigts, on voyait au milieu de sa face postérieure une excavation évidente, entourée d'un épais bourrelet. Le tiers moyen de la cornée, c'est-à-dire son centre, était trois fois plus mince que d'ordinaire, semblable à du papier à lettre; ses deux autres tiers, formant sa circonférence, étaient considérablement épaissis, et cela évidemment dans les lames moyennes, ses lames externes et internes, c'est-à-dire antérieures et postérieures, étant restées normales; la substance des lames moyennes était homogène. L'épaississement de la circonférence se perdait insensiblement dans la partie amincie, de sorte que cette dernière avait une étendue égale à celle d'une pupille modérément dilatée. A la surface interne de la cornée on n'apercevait aucune cicatrice; la membrane de l'humeur aqueuse était normale et non épaissie.

La cornée gauche présentait une conicité plus prononcée. La convexité se dirigeait presque directement du bord de la cornée vers son milieu, et le point le plus élevé semblait être un peu au-dessus du centre, à quelque distance au-dessous duquel commençait également une légère opacité, plus forte que celle de l'autre œil, et semblable à une escarre de pierre infernale. La dissection de cet œil montrait la cornée un peu épaissie dans sa circonférence, et amincie de moitié environ dans son milieu.

Cet homme était aveugle de naissance; une sœur et un frère, morts avant lui, l'avaient été également. Ses yeux présentaient les mouvements involontaires ordinaires dans les cécités congéniales ou anciennes. Les iris étaient légèrement concaves, ce qui tenait sans doute aux suites d'une ancienne ophthalmie interne, dont quelques traces furent trouvées lors de la dissection; car dans les cas non compliqués, comme nous l'avons déjà dit, la position de l'iris est normale. Sur l'œil gauche, la ponction avait été faite sans aucun résultat.

De ce rapport de M. Schmidt, nous tirons les conclusions suivantes : 1° La conicité de la cornée est l'effet de l'amincissement et de la distension du centre de cette membrane, consécutifs à une ulcération non perforante. 2° Le pourtour de la membrane peut être épaissi. 3° Le même amincissement avec distension peut donner lieu à un staphylôme pellucide d'une forme plus sphérique, lorsque la partie amincie l'est à un moindre degré, dans le cas d'une cicatrice plus opaque et plus ferme par exemple, ou que l'usure des lames de la cornée occupe une plus grande étendue ou est plus uniforme.

VIII. *Caractères de la conicité pendant sa première période.* — Lors de son début, la conicité de la cornée se montre comme une saillie à peine perceptible, comme une petite papille conique transparente un peu opalescente sur ses côtés, opaque et d'un blanc bleuâtre à sa pointe un peu émoussée. On dirait d'une taie de la cornée qui commence à devenir saillante à son sommet. La teinte opaline, lorsque la maladie n'existe pas depuis longtemps, s'étend jusqu'à sa base et même un peu au delà, en allant toujours en s'éclaircissant, de sorte que, pour la reconnaître à la circonférence et au delà, il faut quelquefois le secours d'une loupe. En regardant l'œil en face, un observateur peu exercé ne reconnaît pas la saillie; tout au plus y voit-il une espèce de facette de la cornée, comme celles qui résultent des ulcérations superficielles laissées par des phlyctènes; mais cette facette est surmontée d'une petite opacité. Examinée de profil, la cornée présente une conicité bien prononcée, mais très-peu élevée et très-circonscrite, occupant le plus souvent son centre. Placée à une lumière vive et dans une position convenable, elle fait voir à un certain degré, au sommet du petit cône, cet

éclat luisant, qui est si caractéristique pour les périodes plus avancées de la maladie. En outre, il existe déjà un degré très-marqué de myopie que des lunettes concaves très-fortes ne corrigent qu'incomplétement, myopie qui devient surtout très-frappante quand un œil est seul affecté, et qu'avant la maladie le foyer visuel était normal. A cette période, l'affection est très-souvent méconnue même par des hommes spéciaux et exercés dans le diagnostic des affections oculaires.

On ne peut se refuser à voir, dans cette phase de l'affection, une cornée amincie et superficiellement cicatrisée, qui commence à se soulever dans sa partie centrale.

IX. *Kératocèles se transformant en conicités de la cornée.* — On sait que le nom de kératocèle (hernie de la cornée) a été donné à une élévation diaphane, vésiculeuse et plus ou moins étendue de la cornée, formée par la protrusion d'une ou de plusieurs de ses lames, lorsque les autres ont été détruites par une ulcération de la surface externe ou interne de cette membrane.

Lorsqu'un kératocèle a existé un certain temps sans se réduire et se cicatriser, la partie amincie de la cornée qui le forme peut parfois s'épaissir dans quelques parties, par suite de l'irritation qu'y exercent d'un côté l'air ambiant et le froissement des paupières, et, d'autre part, la pression incessante exercée par les humeurs de l'œil, poussées vers la membrane affaiblie pendant chaque contraction des muscles. Mais que cet épaississement existe ou non, toujours la portion distendue de la membrane devient de plus en plus saillante, et finit peu à peu par prendre une forme et un aspect tout à fait semblables à ceux de la cornée conique; seulement le cône, lorsque le kératocèle a été volumineux, est beaucoup plus large et plus plat à son sommet. Ceci s'explique facilement par les considérations suivantes. Dans le kératocèle d'une étendue limitée, une portion mince et peu résistante, mais circonscrite de la cornée est entourée d'une autre partie de cette membrane, dont l'épaisseur va toujours en croissant, les bords de l'ulcération primitive ayant d'ordinaire été taillés en biseau. La pression des muscles et des humeurs incessamment chassées vers la membrane la moins résistante agira sur chaque partie de la cornée en raison de ses dimensions; donc la portion centrale, la plus mince, doit supporter la distension la plus forte, devenir beaucoup plus saillante, et former le sommet plus ou moins pointu d'un cône. J'ai été à même plusieurs fois d'observer quelque chose de semblable dans des ulcérations de la cornée. Encore tout récemment j'ai vu sur l'œil d'un enfant nouveau-né une ulcération assez étendue et plus profonde au centre; après vingt-quatre heures il y avait à la place de l'ulcération une protrusion conique de la

cornée. Dans le kératocèle étendu, au contraire, occupant la presque totalité de la surface cornéenne, la pression de dedans en dehors, *l'impetus à tergo* des anciens, en agissant sur une membrane également amincie dans une grande étendue, la soulève presque uniformément dans tous ses points, et produit tantôt un cône à sommet tronqué ou aplati et d'une forme moins régulière, tantôt même une élévation plus ou moins sphérique. Lorsqu'une ulcération a été précédée d'infiltration interlamellaire, et que celle-ci persiste en partie après la formation d'un kératocèle, la circonférence de la cornée peut être épaissie dans le pourtour de la hernie et de la conicité qui y succède; c'est ce qui a eu lieu dans le cas décrit dans le paragraphe VII.

Nous voyons de temps à autre à notre clinique une femme chez laquelle un staphylôme pellucide de la cornée, formé depuis plusieurs années à la suite d'un kératocèle, trahit encore aujourd'hui son origine par quelques caractères qui lui impriment un cachet particulier. Ainsi la proéminence de la cornée est moins régulièrement conique et ressemble moins à un morceau de cristal massif qu'à une élévation à parois vitrées minces. La transition de la partie saine de la cornée en sa partie déformée est plus brusque, et on peut encore à un certain degré reconnaître à la base de la tumeur les bords de l'ancienne ulcération qui l'encadrent. Un dessin que nous conservons n'a pu qu'imparfaitement rendre ces caractères.

En parcourant, pendant la rédaction de ce mémoire, les auteurs qui ont traité le même sujet, j'ai trouvé avec une grande satisfaction un nouvel et puissant appui à l'opinion que je viens de développer, dans celle d'un ophthalmologiste distingué, M. Benedict (de Breslau). Nous ne pouvons nous empêcher de traduire textuellement ce qu'il dit (*Traité d'ophthalmologie pratique*, t. III, p. 237) sur l'origine et la nature du staphylôme pellucide de la cornée. « Le nom de *procidence de la cornée* (*prolapsus corneæ*) nous semble préférable à celui de staphylôme pellucide conique de la cornée, par les raisons suivantes. Cette membrane n'a subi aucune ulcération notable dans sa structure, et généralement aucune de ses parties n'a éprouvé par la phlegmasie une destruction considérable. La maladie, au contraire, consiste essentiellement dans le changement de la forme convexe de la surface de la cornée en une forme conique, et en ce que cette membrane, la cohésion de ses lames et fibres étant diminuée, est réellement poussée en avant et forme pour ainsi dire procidence. La maladie se développe de deux manières. Tantôt elle est la suite d'une kératite qui a produit une ulcération au milieu de la surface de la membrane. C'est probablement cette ulcération qui, en frappant le centre de l'organe dans lequel se réunissait et sur

lequel s'appuyait pour ainsi dire la convexité du reste de la membrane, donne lieu au changement successif de la forme convexe en conique. *Les quelques cas de prolapsus* [c'est-à-dire conicité] *de la cornée que j'ai observés avaient tous été développés de cette manière.* La phlegmasie était éteinte depuis longtemps ; mais la petite cicatrice circulaire du milieu de la cornée restait comme suite de l'ulcération, et la proéminence conique présentant à son sommet la cicatrice mentionnée s'était peu à peu développée sous ces circonstances. Tantôt, selon l'assertion de plusieurs médecins, la maladie survient sans aucune trace d'inflammation..... »

La phrase que nous avons soulignée est pour nous de la plus haute importance. Quant au nom de la maladie, nous avons déjà dit que nous croyons préférable celui de *conicité* de la cornée, les mots de *procidence* ou de *prolapsus* de cette membrane étant synonymes de celui de *kératocèle*. Or, tout kératocèle ne se transforme pas nécessairement et constamment en staphylôme pellucide conique.

Dans un prochain article, après avoir terminé ce qui a trait à la pathogénie de cette singulière affection, nous nous occuperons de son étiologie, de sa marche, et surtout du traitement rationnel qu'elle nous semble exiger. SICHEL.

SUR LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE, PAR LA PONCTION DU CRANE.

Le docteur Ch. West ayant remarqué que toutes les opinions et tous les faits relatifs à la ponction du crâne, dans l'hydrocéphale interne, étaient demeurés jusqu'ici complétement isolés, a entrepris de les réunir, afin de pouvoir constater avec certitude les résultats de l'expérience que la science a actuellement acquise sur ce sujet [1].

M. West a recueilli 63 cas de ponction du crâne dans l'hydrocéphale chronique. Dans deux de ces cas, la ponction fut accidentelle, produite une fois par un clou, une autre fois par un coup de corne de vache. Cinq autres faits sont trop incomplétement rapportés pour pouvoir être appréciés. Il reste donc 56 cas.

Parmi ces faits, 16 ont été donnés comme exemples de guérison, — 40 fois la mort est survenue à la suite de l'opération : cela fait une proportion de 1 guérison sur 2,5 morts. Ce résultat doit paraître fort satis-

[1] *London medical Gazette*, for april 1842. An enquiry on to the results of puncture of the head, in cases of chronic internal hydrocephalus, by Charles West, M. D.

faisant au premier abord; mais malheureusement l'examen des faits particuliers en amoindrit singulièrement l'importance. En effet, comme le fait très-justement remarquer l'auteur de cette note, l'hydrocéphale interne étant une maladie lente et graduelle dans ses progrès, souvent intermittente, s'arrêtant quelquefois des mois et même *des années*, pour s'accroître ensuite sans cause évidente, on ne peut admettre la guérison, dans un cas donné, que lorsque les malades ont pu être observés longtemps après l'opération. Or, sur nos 16 cas de guérison, 4 seulement se trouvent dans de semblables conditions. En voici une rapide indication.

Un enfant de quatre mois, dont la tête était volumineuse depuis sa naissance, sans qu'il paraisse avoir présenté d'autre symptôme, fut ponctionné onze fois en six mois. On put constater, dix-neuf mois après, son entière guérison. (Graefe.)

Un enfant de vingt mois fut ponctionné une fois; la tête s'était développée graduellement depuis six mois. Deux ans et demi après, la santé et l'intelligence étaient en bon état. (Conquest.)

Enfant de cinq mois, hydrocéphale congénitale, hoquet, vomissements, regard hébété : une ponction. Il se portait bien huit ans après. (Conquest.)

Un enfant fut ponctionné cinq fois. Il était bien portant cinq ans après. (Conquest.)

Voici, dans 5 autres cas, les seuls renseignements qui sont donnés sur les suites de l'opération.

Un enfant de quatorze mois fut ponctionné neuf fois en quatre mois. Une grande amélioration suivit la première ponction; les autres le laissèrent dans un état très-satisfaisant. Il mourut, plus d'un an après, d'une pneumonie. (Dr Bédor.)

Un enfant de douze semaines paraissait avoir une assez bonne santé; mais depuis sa naissance il présentait du strabisme, des mouvements continuels des yeux, et sa tête était volumineuse. Il fut ponctionné quatre fois en trois mois. Il était bien portant quatre mois après la dernière ponction. (Dr Russell.)

Enfant de quatre mois et demi. Depuis l'âge de six semaines, accès convulsifs, élargissement de la tête, strabisme, regard idiot. Dix-huit ponctions en quatre mois. Mais l'observation est datée du jour de la dernière ponction. (Dr Lizars.)

Dans un quatrième cas, il s'agit d'un enfant de onze à douze ans; l'hydrocéphale était survenue à la suite d'une chute : une seule ponction fut pratiquée; il s'écoula six livres d'eau en vingt jours. Il est dit seulement : « Le malade fut sauvé. » (Monro.)

Enfin dans un cinquième, où une seule ponction avait été pratiquée chez un enfant de dix mois, hydrocéphale depuis sa naissance, on s'exprime ainsi : « Bien que le petit malade fût pendant quelque temps dans un état précaire, il recouvra la santé, et *c'est maintenant un très-bel enfant,* n'ayant jamais éprouvé le moindre retour de sa maladie. » (M. Marsh.)

J'ai rapporté textuellement ces indications, pour mettre le lecteur à même de juger du degré de confiance que mérite chacun de ces faits. Or, il est évident que si une observation datée du jour de la dernière ponction est tout à fait insignifiante, que si un intervalle de quatre mois ne semble pas suffisant pour assurer la guérison, que si les termes de l'observation du docteur Bédor ne paraissent pas assez explicites, d'un autre côté la manière dont s'expriment Monro, et surtout M. Marsh, peuvent autoriser à considérer leurs observations comme des cas de légitime guérison.

Restent maintenant sept cas appartenant au docteur Conquest, rapportés comme exemples de guérison, mais sans aucun détail ni aucune date. Le docteur Conquest a pratiqué dix-neuf fois la ponction du crâne, et il prétend avoir obtenu dix fois la guérison de l'hydrocéphale. Sur ces 10 cas, 3 seuls présentent des détails suffisants. Quant aux autres, ils ne sauraient inspirer beaucoup de confiance, et il est fort probable que ce médecin se sera laissé abuser par des cas où l'opération aura été suivie d'une amélioration passagère.

M. West a présenté un tableau détaillé et très-bien fait de ces cinquante-six observations, et a consigné avec soin toutes les circonstances un peu importantes qu'il a trouvées mentionnées. Mais malheureusement la plupart de ces observations sont incomplètes, non-seulement sous le rapport des suites de l'opération, mais encore sous celui de l'origine de la maladie, des phénomènes présentés par les petits malades, etc. Ces tableaux n'offrent donc pas toute l'utilité qu'on aurait pu y trouver s'ils avaient été faits sur des observations complètes. Voici cependant un résumé rapide des principales circonstances qui ont pu être indiquées.

Le sexe est noté 42 fois : on trouve 24 garçons et 18 filles.

Parmi 32 cas suivis de mort, l'âge est ainsi réparti : moins de six semaines, 2 cas ; de deux à trois mois, 7 ; de quatre à six mois, 8 ; de sept à neuf mois, 11 ; seize mois, 3 ; deux ans, 1.

La date de la maladie est indiquée dans 27 cas terminés par la mort.

Elle était congénitale 7 fois ; elle a débuté dans les deux premiers mois, 9 ; dans le troisième mois, 5 ; dans le quatrième mois, 4 ; dans le cinquième mois, 2.

Je dois faire remarquer que ce tableau indique, pour la plupart des

cas, l'époque à laquelle la maladie a été reconnue, mais non pas celle à laquelle elle a réellement débuté.

Voici quel a été le nombre des ponctions dans les 40 cas suivis de mort :

1 ponction dans 15 cas ; 2 ponctions dans 7 ; 3 ponctions dans 2 ; 4 ponctions dans 5 ; 5 ponctions dans 5 ; 6 ponctions dans 2 ; 7 ponctions dans 1 ; 8 ponctions dans 1 ; enfin, 10 ponctions dans 2 cas.

Dans les 16 cas donnés comme exemples de guérison, nous trouvons :

1 ponction dans 7 cas ; 2 ponctions dans 2 ; 3 ponctions dans 2 ; 4 ponctions dans 1 ; 5 ponctions dans 1 ; 9 ponctions dans 1 ; 11 ponctions dans 1 ; 18 ponctions dans 1.

Dans 30 cas on a indiqué l'espace de temps écoulé entre l'opération et la mort ; la mort est survenue, après la première ponction :

6 fois,	4 jours ; moyenne,	53 heures.
6	14 jours ;	6 jours 8 heures.
3	1 mois ;	20 jours 16 heures.
9	3 mois ;	56 jours 10 heures.

Pour les 6 autres cas, la moyenne a été de 3 mois, 4 jours, 12 heures ; 1 seulement a été jusqu'à 6 mois.

Chez 18 de ces 30 malades, il y a eu plusieurs ponctions. Aucun n'a survécu à la dernière ponction plus de 35 jours (moyenne, 12 jours 22 heures).

« Les cas où la vie aurait été prolongée par l'opération sont donc bien peu nombreux. Ceux où, une semaine après l'opération, il pouvait rester quelque espoir de succès, bien moins nombreux encore.

« L'opération a été quelquefois suivie immédiatement d'une aggravation des symptômes cérébraux et de la mort. Habituellement cependant un certain degré d'amélioration suivait la première ponction ; mais l'épanchement se reproduisait, et la deuxième ponction était suivie d'une moindre amélioration.

« Dans l'hydrocéphale chronique, la vie se termine habituellement par une fièvre légère, avec émaciation générale, à laquelle succèdent des convulsions et un coma fatal. Or, ce sont précisément des phénomènes tout semblables qui se sont montrés à la suite des opérations, si ce n'est que les symptômes cérébraux avaient une violence que, sans la lésion mécanique, ils n'eussent sans doute pas présentée. »

Enfin, après ce résumé, que je traduis textuellement, M. West termine son travail en disant : « Les faits mentionnés ci-dessus ont conduit l'auteur à se former une opinion défavorable à l'opération de la ponction de la tête, comme moyen de guérir l'hydrocéphale chronique. »

Je ne veux pas précisément me déclarer ici le partisan de cette opération; cependant je crois que, s'il a été juste de ne pas accepter sans examen cette apparente proportion de 16 guérisons sur 40 morts, il n'importe pas moins peut-être de se tenir en garde contre l'impression fâcheuse que pourraient laisser les conclusions de ce travail.

Ce que l'on appelle hydrocéphale chronique n'est pas une maladie unique et toujours semblable à elle-même. Il y a plusieurs espèces d'hydrocéphales bien différentes. Or, au point de vue du pronostic et de la possibilité d'obtenir de bons résultats d'un traitement quelconque, ce sont précisément ces différences qu'il importe le plus de considérer. Je crois pouvoir, sous ce point de vue, diviser les faits d'hydrocéphale en quatre groupes.

1° Il y a un vice de conformation de l'encéphale, une anencéphalie partielle;

2° On constate une disparition complète de quelque partie de l'encéphale, sans qu'il soit toujours possible de reconnaître si cette altération est primitive et tient à un vice de développement, ou si elle dépend d'un travail pathologique;

3° Le cerveau est complet quant à ses parties essentielles, mais aminci par l'épanchement du liquide dans ses cavités, à tel point qu'une grande partie de sa substance a réellement disparu;

4° Que le liquide épanché ait son siége dans les ventricules ou à l'extérieur du cerveau, celui-ci n'est pas tellement altéré dans sa forme et sa consistance, qu'il ne lui soit matériellement possible de revenir à son état normal.

Il est de la plus entière évidence que, pour les faits compris dans les trois premiers groupes, l'art est tout à fait impuissant, et la guérison absolument impossible. Aussi je prétends que, n'eussiez-vous guéri par la ponction que 4 enfants sur 50, si chez tous ou presque tous ces derniers vous trouvez le cerveau dans un état tel qu'il fût matériellement impossible de le ramener d'aucune manière à son état normal, vous ne devrez pas vous repentir d'avoir pratiqué cette opération. L'hydrocéphale chronique sera toujours une maladie que l'on ne guérira que très-rarement; mais enfin il n'est pas juste de mettre en balance des cas absolument impossibles à guérir et des cas où il est permis d'espérer que l'emploi d'un traitement quelconque ne soit pas sans une possible efficacité. Ce sont ces derniers faits seulement qu'il faut comparer entre eux. Que si leur exacte appréciation n'est pas toujours très-aisée, il n'en est pas moins certain qu'avec un peu d'attention on arrivera à des données fort approximatives.

Voici maintenant ce que nous trouvons dans les tableaux présentés par le docteur West:

Les lésions encéphaliques sont décrites dans 25 cas : une fois en termes trop peu clairs pour qu'elles puissent être appréciées; les 24 autres cas peuvent être rangés dans les trois groupes suivants :

1° L'absence presque complète du cerveau dans 8 cas.

La maladie est notée congénitale 4 fois; 3 fois son début est fixé de 1 mois à 6 semaines, 1 fois au quatrième mois. Sans doute il faut entendre par ces dates l'époque où on s'est aperçu de l'altération de l'encéphale, et non celle où elle a véritablement commencé.

2° Dans 7 autres cas une grande partie de la substance cérébrale avait disparu par suite de l'amincissement des hémisphères, considérablement distendus par le fluide épanché dans les ventricules; la substance cérébrale était comme macérée dans la sérosité, les parois des ventricules, leur plancher surtout, plus ou moins complétement désorganisés, souvent à peine reconnaissables.....

Chez la plupart de ces enfants, les phénomènes caractéristiques de l'hydrocéphale s'étaient montrés vers 3 ou 4 mois; chez quelques-uns l'origine en peut être suivie jusqu'à la naissance.

3° Enfin, restent 9 cas dans lesquels le cerveau m'a paru moins profondément altéré que dans les précédents : dans presque tous cependant il était encore fort malade; les ventricules considérablement distendus, la substance cérébrale ramollie, etc.

Peut-être les faits contenus dans ces deux dernières catégories n'offrent-ils que des différences du plus au moins; mais ce qu'il y a de certain, c'est que ceux renfermés dans la première doivent en être expressément distingués. Si nous supposons maintenant que dans les 16 autres observations suivies de mort, et sans autopsie, les lésions anatomiques se soient présentées dans une semblable proportion, nous trouverons qu'il y en a 13 appartenant à des vices de conformation de l'encéphale, et dont il est par conséquent impossible de tenir compte.

Restent donc 27 cas. Nous pourrions en séparer encore 12, dans lesquels les altérations du cerveau, plus profondes que dans les autres, semblaient rendre toute idée de guérison impossible. Mais ne pouvant établir entre ces différents faits une ligne de démarcation certaine, nous les comparerons en masse aux cas de guérison.

Rappelons que sur le chiffre de 16 cas de guérison donné par les auteurs, nous en trouvons :

4 où la guérison est certaine pour nous;

2 où elle est infiniment probable;

2 où nous ne pouvons constater qu'une amélioration d'une certaine durée,

Et 8 autres où nous sommes privés de tous renseignements qui nous permettent de contrôler les résultats indiqués.

Eh bien ! je dis que ce résultat thérapeutique tel qu'il est ici présenté, avec tous ses doutes, n'est pas sans importance, lorsqu'on le compare surtout au nombre des cas suivis de mort, tel que nous avons cru devoir le réduire, et si l'on songe à la gravité de la maladie appelée hydrocéphale et à la nature des lésions trouvées chez tous les sujets autopsiés.

Je ne saurais donc admettre la conclusion suivante, ainsi formulée par l'auteur du travail que je viens d'analyser : « Si les symptômes observés durant la vie n'encouragent que faiblement à pratiquer l'opération, les lésions trouvées après la mort (c'est-à-dire les altérations organiques et les vices de conformation) fournissent un puissant argument contre elle. »

Si l'examen des cadavres nous montre le plus souvent des lésions irremédiables dans l'encéphale, nous ne risquons donc rien de pratiquer une opération qui ne saurait par elle-même apporter des chances défavorables dans des cas où il n'y a aucune ressource, et qui, d'un autre côté, a plusieurs fois réussi dans des cas d'une nature nécessairement différente. Je m'exprime ainsi, parce que, excepté lorsqu'il existe un vice de conformation très-étendu de l'encéphale, les phénomènes observés chez ces petits enfants sont en général loin de répondre exactement à la nature et à la gravité des lésions de l'encéphale, et par conséquent ne permettent pas habituellement de porter durant la vie ni un diagnostic ni un pronostic certains.

Suivant M. Breschet, une condition essentielle pour que l'hydrocéphale soit curable est que le fluide épanché ait son siége dans la cavité extérieure de l'arachnoïde [1] : « La connaissance de l'état anatomique des parties, dit-il, démontre qu'on ne doit rien espérer de ce moyen dans les hydrocéphales congéniales, soit que le cerveau n'existe qu'en partie, soit que le liquide distende les cavités ventriculaires. Cette évacuation amène la mort plus ou moins promptement, et, en désespoir de cause, rien ne peut excuser la pratique d'une opération qui accélère la fin des malades et qui leur fait souffrir des douleurs inutiles. » (p. 545.)

Nous savons maintenant que cette opération ne mérite point un jugement aussi sévère, puisqu'elle a pu dans plusieurs cas être suivie d'une guérison certaine, et je ne crois pas que l'on puisse présenter comme une objection sérieuse la douleur causée par la ponction du crâne chez un petit enfant. Cependant nous nous trouvons naturellement amenés à

[1] Breschet, *Dict. de méd.*, 2e édit., t. XV, p. 543, art. HYDROCÉPHALE CHRONIQUE. Suivant cet auteur, l'hydrocéphalie interne, ou des ventricules, appartiendrait toujours à un vice de conformation originelle, et l'hydrocéphalie chronique arachnoïdienne extérieure, serait un des phénomènes de l'arachnite chronique, et dépendrait de cette inflammation (p. 540).

étudier les effets immédiats et les suites de la ponction du crâne chez les enfants qui y ont été soumis, afin de juger quelle gravité elle paraît avoir par elle-même et comme opération.

Je vais présenter sous forme de tableau une analyse rapide des faits dans lesquels ces circonstances sont mentionnées :

Effets immédiats de l'opération, c'est-à-dire observés après la première ponction.

(Nous les trouvons indiqués dans 24 cas.)

On n'observe rien de particulier.	6 fois.
Amélioration	7
Accidents insignifiants	2
Accidents légers, consistant en vomissements, pâleur de la face, cris.	4
Accidents plus graves, consistant en quelques convulsions.	1
Accidents les plus graves qui aient été observés, tels que collapsus, affaiblissement considérable comme si l'enfant allait mourir, refroidissement.	4

Suites de l'opération.

(Elles sont indiquées dans 25 cas.)

Les malades paraissent avoir succombé sans avoir offert d'accidents spéciaux, seulement un affaissement graduel.	4 fois.
La mort est survenue à la suite d'une amélioration notable, sans que l'on parle des phénomènes qui ont pu la précéder. .	1
Des accidents graves, tels que violentes convulsions, stupeur, surviennent à la suite d'une amélioration manifeste, dans deux cas plusieurs jours, dans trois cas plusieurs mois après la première ponction; dans deux de ces derniers, deux jours après la dernière ponction	5
La mort n'est précédée que d'accidents légers	3
La mort est précédée d'accidents cérébraux dont la nature ni l'intensité ne sont indiquées.	1
Des accidents graves ont précédé la mort, consistant à peu près uniquement en des convulsions, puis du coma. De grandes variétés existent entre l'époque de leur apparition, leur durée, le nombre des ponctions pratiquées.	11

Suites de l'opération dans les cas indiqués de guérison.

Dans 3 cas de guérison bien constatée :

1° Chaque ponction (onze) était suivie d'affaissement, de pâleur, d'af

faiblissement de l'action du cœur pendant plusieurs heures, d'insomnie pendant une ou deux nuits. (Graefe.)

2° Une convulsion suivit la ponction, puis survinrent d'autres symptômes d'irritation des méninges. (Conquest.)

3° L'intensité des divers symptômes (hoquet, vomissements, mouvements convulsifs des yeux) diminue peu à peu. (Conquest.)

Dans un cas de guérison constatée seulement jusqu'au quatrième mois après la dernière ponction :

Il y eut un peu de fièvre après la première ponction, point après les autres (quatre). L'enfant alla mieux..... (Russell.)

Il n'y a sur les autres faits que les brèves indications que j'ai mentionnées précédemment.

Il me semble que ces faits prouvent que l'opération de la ponction du crâne n'est pas une opération très-grave en elle-même, puisque, dans le plus grand nombre des cas, elle n'est immédiatement suivie d'aucun accident, et que souvent même elle commence par déterminer une véritable amélioration; puisque enfin la ponction a pu être très-fréquemment répétée chez un même individu et en particulier dans des cas de guérison.

Cette opération ne peut être suivie de succès que dans un petit nombre de cas : il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur les autopsies des individus chez qui elle a été pratiquée. Ces autopsies montrent en même temps que la véritable cause de la mort n'est pas dans l'opération, mais dans l'état du cerveau; que l'opération a pu seulement la hâter, parce que le fait seul d'un changement brusquement survenu dans des cerveaux pareillement désorganisés doit suffire pour développer des accidents graves. Mais une telle conséquence est-elle en réalité d'une très-grande importance dans des cas du genre de ceux que nous étudions? Enfin il est bien certain que cet état du cerveau a précédé et non suivi l'opération, puisque dans les cas où la mort est survenue fort peu de temps après cette dernière, on trouve exactement les mêmes lésions que dans ceux où elle a tardé de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. On trouve en outre notée dans la plupart de ces autopsies l'absence de toute inflammation et de toute apparence de lésion récente.

Si l'opération de la ponction du crâne dans l'hydrocéphale chronique ne paraît pas aussi nuisible en elle-même qu'on le répète souvent, est-ce une opération utile? Pour pouvoir répondre à cette question, il faudrait comparer les résultats obtenus à l'aide de la ponction du crâne avec ceux qu'ont fournis d'autres méthodes de traitement; mais nous ne voulons pas sortir du cadre tracé par l'auteur du mémoire que nous avons examiné, et nous devons nous contenter d'avoir bien constaté

l'efficacité de la ponction du crâne dans un certain nombre de cas d'hydrocéphale chronique.

Max. Durand-Fardel.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR DE RÉCENTES SOPHISTICATIONS DE L'HYDRO-SULFATE DE SOUDE ET DE LA CODÉINE.

Les nombreuses falsifications que l'on fait journellement subir à divers produits pharmaceutiques ont porté tout dernièrement les rédacteurs du Journal de Chimie médicale à engager les pharmaciens amis de leur art à livrer à la publicité ces manœuvres frauduleuses, nuisibles à la fois aux transactions commerciales et à la santé publique. C'est pour répondre à ce louable appel que je m'empresse de faire connaître deux substitutions aussi coupables que grossières : la première a rapport au sulfhydrate de soude, et la seconde a trait à la codéine.

Le prétendu sulfhydrate sodique, soumis à l'analyse, s'est trouvé formé, en presque totalité, par du carbonate de soude; il ne renferme que des traces de sulfure de sodium : pour se convaincre de cette vérité, il suffit de le traiter par de l'acétate ou du nitrate acide de plomb; la proportion de sulfure auquel il donne naissance est presque insignifiante.

L'addition au sel pombique d'un assez grand excès d'acide est une chose indispensable, sans quoi la proportion de sulfure métallique, quelque faible qu'elle soit, suffit néanmoins pour communiquer au précipité de carbonate de plomb, que le sel sodique occasionne, une coloration trompeuse capable d'induire en erreur les personnes peu habituées à ce genre d'expérimentation.

Comment a été fabriqué le produit salin qui nous occupe? Est-ce en ajoutant un peu de sulfhydrate de soude à du carbonate de la même base? Nous avons peine à croire qu'un fabricant de produits chimiques tel que M. P... ait pu songer à une pareille sophistication. Serait-ce en faisant passer un courant d'acide sulfhydrique dans une dissolution concentrée de carbonate sodique, en place de soude caustique? Nous le croirions volontiers, si une telle ignorance pouvait être soupçonnée chez un lauréat de l'École de pharmacie de Paris, l'expérience nous ayant démontré qu'une partie de la soude que ce composé renferme s'y trouve à l'état de bi-carbonate.

Quoi qu'il en soit de nos explications, cette sophistication est des plus condamnables; elle doit être signalée à l'attention de tous les pharmaciens qui voient dans leur profession un autre but que celui de tromper.

La fraude qui concerne la codéine n'est pas moins grave que la précédente, et les motifs qui ont pu amener à mettre en œuvre une semblable substitution sont encore peut-être plus difficiles à expliquer. Comment peut-on avoir eu l'idée bizarre et coupable de remplacer un alcali végétal par un composé salin inorganique, par l'arséniate de potasse? car la pseudo-codéine que j'ai soumise à l'examen de la Société de pharmacie n'est autre chose que de l'arséniate potassique.

Je ne chercherai pas à faire ressortir ici tout ce que des substitutions de cette nature peuvent avoir de fâcheux, ce sont des faits qui parlent d'eux-mêmes; il suffit de les signaler pour que chacun puisse aisément en apprécier les tristes conséquences.

MIALHE.

NOTE SUR LES PILULES DE CALOMEL ET LEUR TRANSFORMATION EN SUBLIMÉ.

Par M. DESCHAMPS, d'Avallon.

Beaucoup de médecins pensent que les pilules de calomel ne doivent point constituer un médicament officinal parce qu'elles contiennent, disent-ils, lorsqu'elles sont anciennes, du chlorure mercurique. Ils appuient leur croyance sur les symptômes qui se manifestent chez quelques personnes après l'administration de ce médicament. M. Deschamps a désiré savoir si cette manière de voir était fondée, en admettant que les pharmaciens préparent les pilules de calomel, comme cela doit être, d'après la formule suivante :

Prenez	chlorure mercureux.	10 grammes.
	Gomme adragant.	30 centigrammes.
	Sirop simple.	Q. S.

pour faire 200 pilules qui représentent chacune 0gr. 03 de chlorure.

M. Deschamps a fait différentes espèces de pilules : avec du calomel, de la guimauve et du sirop; avec du calomel, de la réglisse et du sirop; avec les mêmes substances et du miel; avec du calomel et du miel; avec du calomel et de la conserve de roses. Il a pris des pilules préparées d'après la formule indiquée, et des pilules préparées avec une partie de calomel et deux parties de jalap, faites depuis très-longtemps; et seulement après quatre-vingts jours de préparation de ces pilules, il les a

traitées avec de l'eau distillée seule, et avec une petite quantité d'eau et de l'alcool ; et, dans aucun cas, il n'a pu découvrir la moindre trace de sublimé.

Il conclut de ces faits : que ce serait commettre une erreur que de persister à publier que les pilules de calomel préparées depuis quelque temps contiennent du sublimé; que l'on ne doit pas penser que les symptômes alarmants qui se manifestent après l'ingestion de ce médicament sont provoqués par du chlorure mercurique existant dans les pilules, si ces pilules n'ont point été préparées avec des extraits, etc., etc., contenant des chlorures. Du reste, le médecin ne doit plus administrer le calomel à un sujet qui a éprouvé des accidents fâcheux de ce médicament, car il est présumable qu'il se forme alors dans l'estomac de ces malades, sous une influence idiosyncrasique, une grande quantité de chlorure mercurique. L'on sait, d'après les belles expériences de M. Mialhe, que la membrane muqueuse de l'estomac laisse suinter du chlorhydrate ammoniaque, que dans ces cas les chlorures mercureux, après avoir été transformés en chlorure mercurique, peuvent agir comme poison. Il faut donc que le médecin se souvienne qu'il ne doit point faire entrer dans la composition des pilules de calomel des extraits ou d'autres principes qui contiennent des chlorures.

DE L'EMPLOI DU PEROXYDE DE FER HYDRATÉ, COMME CONTRE-POISON DE L'ARSÉNIATE DE POTASSE.

On lit, dans le Journal de Chimie médicale, la relation d'un cas d'empoisonnement par l'arséniate de potasse (60 centigrammes), traité avec le plus grand succès par l'hydrate de peroxyde de fer (environ 90 gr.).

Le fait de la réaction de l'hydrate ferrique sur l'arséniate de potasse m'ayant paru douteux, l'expérience est venue confirmer ce que la théorie me faisait pressentir, c'est-à-dire que la réaction, en cette circonstance, est complétement nulle. — Cette observation, examinée à la légère, tendrait à faire conclure que rien ne se passe dans le corps de l'homme qui puisse être comparé aux réactions que le chimiste opère dans son laboratoire, ainsi que le proclament encore un bon nombre de praticiens on ne peut plus estimables. Mais par bonheur pour les esprits jaloux de faire marcher à la fois l'expérience et la théorie, que l'explication du fait chimique relaté plus haut est des plus faciles à donner : il suffit pour cela de se rappeler que le liquide de l'estomac est acide, qu'il renferme au moins les acides chlorhydrique et lactique, lesquels, après avoir été saturés par l'oxyde ferrique, ont pu déterminer ensuite la décomposition

de l'arséniate potassique, en donnant lieu, par double décomposition, à deux nouveaux sels à base de potasse, et à de l'arséniate ferrique.

Toutefois, malgré l'heureux résultat obtenu par M. Josse, auteur de l'observation qui nous occupe, nous ne conseillerions point aux praticiens d'avoir recours à ce peroxyde en pareille circonstance; l'emploi du perchlorure de fer bien neutre, ou même un peu basique, nous paraît incomparablement préférable. L. M.

BIBLIOGRAPHIE.

Des fonctions et des maladies nerveuses dans leurs rapports avec l'éducation sociale et privée, morale et physique. Essai d'un nouveau système de recherches physiologiques et pathologiques sur les rapports du physique et du moral; par le docteur Cerise. 1 volume in-8°.

Depuis que l'anatomie, poursuivant jusque dans l'intimité des organes les ramifications les plus déliées du système nerveux, a montré l'organisme enveloppé dans une sorte d'atmosphère nerveuse, toutes les questions de la physiologie et de la pathologie se sont compliquées de questions plus ou moins ardues sur cet élément si important de l'organisme humain. A partir de ce moment, le système nerveux est devenu de tous côtés l'objet d'études plus ou moins sérieuses, de travaux plus ou moins étendus. Mais la plupart de ces travaux, conçus au point de vue matérialiste, ont constamment isolé l'appareil qu'ils étudiaient de l'ensemble des conditions qui exercent sur lui la plus puissante influence. Quand, nous dépouillant des habitudes matérialistes qu'une mauvaise direction scientifique nous a fait contracter à tort, il nous sera devenu plus facile de nous occuper des réalités qui ne tombent point sous les sens, nous aurons peine à comprendre comment on a pu entreprendre d'aussi nombreux travaux sur le système nerveux, sans étudier en même temps l'atmosphère spéciale, si nous pouvons ainsi dire, dans laquelle respire, vit ce système, c'est-à-dire l'ensemble des idées et des institutions qui régissent le monde des intelligences. Le livre de M. Cerise, se bornât-il à signaler cette lacune immense dans les études relatives au système nerveux, et à insister sur la nécessité logique de rattacher l'étude de ce système à celle des vicissitudes variées de son excitant normal, qu'il suffirait, dans notre opinion, de cette conception originale pour assurer à cet auteur une place distinguée parmi les hommes qui pensent

que le scalpel n'est point le seul instrument applicable à l'étude des sciences physiologiques. Qu'on n'aille point supposer, d'après ce qui précède, qu'à force d'élargir ainsi le cadre de ses études sur le système nerveux, M. Cerise n'ait fait que de la métaphysique à propos de physiologie ou de pathologie. Il y a dans cet auteur un esprit éminemment pratique, qui constamment le ramène aux réalités palpables et aux applications. Ainsi son travail débute par une analyse profonde du phénomène d'impressionnabilité et d'innervation, considérées dans leurs éléments. Ces éléments sont : l'élément affectif, l'élément sensorial et l'élément intellectuel. Ce n'est point là une distinction nouvelle assurément, elle se trouve dans tous les traités élémentaires de physiologie; ce qui est nouveau, c'est l'analyse des actes de la vie dans lesquels interviennent ces éléments, et la part qu'on y fait à chacun d'eux. Dans le jeu normal de la vie, ces éléments sont rarement isolés dans leur action, et les sympathies n'expriment qu'un des accidents les plus simples de cette vie composée; ils s'associent presque toujours de la manière la plus intime, ils se meuvent d'une seule pièce, si nous pouvons ainsi dire. Le grand mobile, le levier puissant de ces virtualités physiologiques diverses, c'est l'idée. Si vous faites abstraction des appétits, qui disposent d'appareils spéciaux doués chacun d'un sens également spécial, toute impression sensoriale et ganglionnaire chez l'homme s'associe forcément à l'idée qui la détermine, la complète. Mais, sans nous engager dans une discussion qui nous conduirait trop loin, qu'est-ce que l'idée au point de vue où nous nous plaçons en ce moment? C'est l'homme intelligent et moral, tel que le fait l'enseignement par le langage et par les institutions sociales. Nous avons dit que M. Cerise, tout en faisant largement usage de l'induction, ne quitte jamais terre, n'abandonne jamais les faits matériels et palpables. Voici, pour justifier convenablement cette assertion, un passage de l'auteur, qui va montrer mieux que tout ce que nous pourrions dire, comment la théorie qui précède se rattache aux faits de l'ordre physiologique, tel que nos conceptions étroites l'ont fait : « Ainsi se trouvent représentés dans le système nerveux de l'homme, et par des appareils distincts, les trois ordres d'influences qui interviennent dans les fonctions et les maladies nerveuses. Les influences de l'organisme, désignées par les noms de tempérament, de prédispositions générales, originelles ou acquises, de troubles fonctionnels de la vie, de nutrition, de besoins, de penchants, etc., sont représentées par l'appareil ganglionnaire. Les influences du monde physique, ou les sensations qui ont joué un si grand rôle dans la théorie des sensualités, sont représentées par les appareils sensoriaux ; les influences du monde spirituel ou les idées sont représentées par l'appareil psycho-cérébral, dans lequel chacune

d'elles imprime une modification distincte. Ces trois appareils concourent à la production des phénomènes de la vie morale et intellectuelle, au moyen de connexions établies entre eux, et avec l'appareil de la locomotion par la centralité méso-céphalo-rachidienne ou sensorio-motrice. »

Ces préliminaires posés, l'auteur poursuit l'analyse de l'influence exercée sur les fonctions et le développement du système nerveux, au moyen des signes du langage d'abord, puis au moyen des institutions sociales. Ici s'ouvrait devant l'auteur une carrière immense; il a dû nécessairement limiter le champ de ses recherches. Pour M. Cerise, cette influence est toute-puissante; pour lui l'individu qui serait complétement et depuis son enfance soustrait à l'action évolutrice du milieu soical, ne pourrait arriver à l'état d'organisation achevée. Non-seulement le système nerveux, manquant de son excitant normal, avorterait, mais, les irradiations sympathiques étant presque nulles, cet arrêt de développement s'étendrait jusqu'aux systèmes musculaire et osseux eux-mêmes. Bien qu'il y ait, dans les nombreux chapitres que nous résumons par la proposition qui précède, un grand nombre d'aperçus des plus intéressants, une multitude d'idées qui séduisent, nous l'avouerons, nous craignons que l'auteur n'ait ici un peu trop abandonné le commerce des faits pour suivre la marche logique de l'induction. On rencontre non-seulement dans les hospices d'aliénés, mais çà et là dans les campagnes, des individus atteints d'idiotisme congénial, et dont l'organisme, malgré les conditions physiques défavorables dans lesquelles ils ont été souvent placés, est arrivé à un développement complet. Les observations de M. Itard, dont M. Cerise s'étaye, sont loin, d'un autre côté, d'avoir la signification étendue qu'il semble leur supposer dans le sens de son idée. Quant aux crétins, qui sont un exemple bien remarquable de l'influence pernicieuse que l'absence de tout enseignement peut exercer sur l'organisme, il nous semble que dans ce résultat il est difficile de distinguer rigoureusement les effets de cette influence de ceux qui appartiennent aux mille conditions fâcheuses qui pèsent sur ces pauvres êtres dégradés. Pour nous donc, sans aucun doute, il y a dans l'instruction, dans l'éducation, dans les institutions sociales, des moyens puissants d'action sur les fonctions et le développement du système nerveux; mais nous ne pensons pas que cette influence, toute puissante qu'elle est, aille aussi loin que le suppose l'auteur : nous croyons que la force plastique, la force évolutrice, qui commande le développement du fœtus durant la vie intra-utérine, continue d'agir pendant un temps fort long encore dans le milieu nouveau où l'enfant se trouve placé, et que, de même qu'avec le sang maternel cette force a conduit le système nerveux comme le reste de l'organisme

à un certain degré de développement, ainsi, pendant longtemps encore, avec le secours des seuls agents physiques de la vie, elle pourra achever le développement de l'organisme.

Séduit par la profondeur des idées de M. Cerise, autant que par la forme élégante qui les revêt, nous nous sommes laissé entraîner au delà des limites dans lesquelles nous aurions dû nous renfermer peut-être : il ne nous est plus permis que d'indiquer d'une manière générale les points principaux qui sont traités dans le reste du livre. Nous signalerons principalement ici le chapitre où l'auteur traite de la coordination des phénomènes généraux de l'impressionnabilité et de l'innervation, puis celui où il propose un nouveau système de coordination des phénomènes généraux de l'habitude. C'est surtout dans ces deux chapitres, aussi riches d'idées que de faits rigoureusement interprétés, que les médecins pourront apprendre qu'en dehors de l'amphithéâtre on peut encore faire de la science, et de la science qui va droit à la pratique. Du reste tout ceci n'est qu'un pitoyable partage à propos d'un des ouvrages les plus méthodiques et les mieux écrits qu'on ait faits depuis longtemps : qu'il nous soit permis, manquant du temps qui nous serait nécessaire pour mieux faire, de terminer en rapportant textuellement la conclusion générale de l'auteur : sa pensée sera là plus au large :

« L'éducation publique et privée, morale et physique, intervient dans les fonctions et les maladies nerveuses : 1° d'une manière générale, en se confondant avec toutes les influences naturelles et sociales qui nous entourent, en se mêlant intimement et nécessairement à l'atmosphère spirituelle et matérielle dans laquelle nous vivons ; 2° d'une manière spéciale, en dirigeant les faits de circulation, de déperdition et de nutrition générales ou partielles, qui sont placés sous l'empire du régime et des exercices, en dirigeant les phénomènes d'impressionnabilité et d'innervation qui sont placés sous l'empire des idées et des sentiments. »

S.

Muséum d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris, ou Musée Dupuytren, publié au nom de la Faculté. 2 vol. in-8° avec atlas.

Bien que l'anatomie pathologique soit une science qui se compose de données dont la valeur est encore loin d'être nettement déterminée, les faits nombreux, intéressants qu'elle a péniblement recueillis, méritent, sans aucun doute, la plus sérieuse attention. La publication dont il s'agit, et qui est en grande partie due au zèle éclairé de M. Orfila, a donc un droit bien réel au suffrage bienveillant du public médical. Le plan

que jusqu'ici les auteurs ont suivi, est celui qui, dans l'état actuel de la science, nous paraît le plus rationnel. Il ne préjuge en rien la valeur des matériaux scientifiques qu'ils livrent à l'étude et à la méditation des médecins : c'est purement une description graphique des altérations que les maladies laissent dans les divers tissus qui entrent dans la composition de l'organisme humain ; c'est la géographie physique, si nous pouvons ainsi dire, du microcosme pathologique. Il est fort peu de livres, depuis vingt ans surtout, qui, traitant une question quelconque en médecine, n'accordent une large place à l'anatomie morbide, et cette science nouvelle se trouve ainsi presque tout entière disséminée dans de nombreux et volumineux ouvrages ; mais là, partout les données intéressantes de cette science sont en quelque sorte passées à la filière des théories, et sont soumises à toutes les fantaisies des explications arbitraires. Dans les quelques livres *ex professo* même que nous avons sur cette matière, cette cause d'erreur, de sophistication systématique, éclate presque à chaque page : il n'en pouvait d'ailleurs être autrement ; ces auteurs, que nous nous plaisons du reste à mettre en première ligne, sont des médecins qui ont formé leur théorie, leur doctrine ; il était impossible qu'ils s'en séparassent en faisant l'histoire d'une science qui touche par tant de points à la théorie générale de la pathologie. Les auteurs du Musée d'anatomie pathologique étaient à cet égard beaucoup mieux placés ; ils ont pu aborder, dégagés de toute préoccupation systématique, le travail dont ils s'étaient chargés : cette circonstance répond de leur fidélité dans la description des altérations qu'ils ont à exprimer. Les deux premiers volumes qui commencent cet important travail sont consacrés à la description des altérations morbides du squelette humain : la précision des termes, qui, loin d'empêcher, favorise au contraire une certaine largeur de description, annonce dans les auteurs une qualité qui était ici essentielle, c'est à savoir une grande habitude de l'anatomie pathologique. Ce sera là, sans aucun doute, un ouvrage des plus intéressants, et nous ne doutons pas qu'il ne fasse rapidement son chemin dans le monde savant, si les volumes suivants sont confiés à des plumes aussi exercées, et si, en même temps, on y joint des planches d'une exécution aussi soignée que celles qui accompagnent ces deux premiers volumes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

UN MOT D'EXPLICATION SUR UNE FORMULE DES PILULES DE LARTIGUE CONTRE LA GOUTTE.

Monsieur le rédacteur, j'ai à vous signaler une difficulté qui intéresse en ce moment la pratique de plusieurs médecins du département que j'habite, relativement aux pilules de Lartigue, médicament que votre journal m'a fait connaître, et dont j'ai constaté les avantages dans un article que vous avez bien voulu insérer dans le *Bulletin de thérapeutique*. J'ai d'autant plus de confiance que vous répondrez à l'appel que j'ai l'honneur de vous faire, que votre publication a rempli jusqu'ici, avec conscience et avec zèle, la mission qu'elle a prise, celle d'éclairer les médecins sur la valeur des médications proposées.

Or, je vous dirai qu'après avoir obtenu pendant longtemps les plus beaux résultats des pilules de Lartigue, j'ai eu depuis quelque temps des mécomptes tellement constants chez tous les malades auxquels je les ai ordonnées, que j'ai été stupéfait de la différence des effets, et que j'ai eu à en rechercher la cause avec soin. Je n'ai pas tardé à me convaincre que mes malades avaient reçu, non des pilules confectionnées par M. Lartigue, comme les précédentes, mais bien des pilules faites dans les pharmacies même, d'après une formule publiée par M. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, dans son *Annuaire de thérapeutique* de l'année dernière, formule qui est la suivante : extrait de coloquinte composé, 20 grammes ; extrait alcoolique de semences de colchique, 1 gramme ; extrait alcoolique de digitale, 1 gramme. Faites des pilules de 15 centigrammes.

Il est de mon devoir de vous transmettre ces particularités et de vous demander, dans l'intérêt des médecins qui ont confiance aux pilules de Lartigue, quelques éclaircissements propres à diriger leur conduite ultérieure.

Ces pilules sont-elles réellement les pilules de Lartigue, comme dans leur bonne foi les pharmaciens qui les préparent en sont convaincus? Et, dans ce cas, comment expliquer leur différence totale d'action? Si M. Lartigue a réellement donné sa formule à M. Bouchardat, celui-ci a réellement commis quelque erreur capitale en la transcrivant, car elles n'ont aucune action curative, et déterminent, sans aucun profit pour les malades, des superpurgations suivies d'une inflammation gastro-intestinale plus ou moins rebelle, comme je m'en suis convaincu tout récemment chez deux personnes auxquelles je les ai administrées comme

essai. Nous devons nous attendre à une rectification à ce sujet : votre position à Paris, vos relations avec M. Lartigue et avec M. Bouchardat, vous mettent, mieux que tout autre, en mesure d'avoir une explication catégorique, que j'attendrai, pour ma part, aveci mpatience.

Veuillez agréer, etc.

CROUIGNEAU (de Fronsac),
Chirurgien à l'hôpital militaire de La Rochelle
(Charente-Inférieure).

P. S. Ce n'est pas seulement à La Rochelle que des mécomptes ont eu lieu avec la formule de M. Bouchardat. A Libourne, plusieurs confrères ont eu à se repentir de les avoir administrées chez des goutteux. Je citerai, entre autres, M. le docteur Liarès, qui s'est vu forcé de renoncer à leur emploi.

Vous verrez encore l'importance de corriger la formule de M. Bouchardat dans le sens de la préparation suivie par M. Lartigue, par la lettre que j'ai reçue de M. le docteur Senné de Surgères, votre abonné, que j'ai l'honneur de vous adresser.

Explications données par M. Bouchardat au sujet de la lettre précédente.

Mon cher confrère, voici tout ce que je puis répondre à la lettre de M. Crouigneau et à toutes celles de même nature que vous avez reçues.

M. Lartigue ne m'a pas communiqué la formule de ses pilules contre la goutte. Ce n'est pas non plus la sienne que j'ai voulu donner dans mon *Annuaire de thérapeutique;* il n'y a qu'à lire ce que j'en dis pour en être convaincu.

Ma formule est intitulée *pilules anti-goutteuses*, et non *pilules de Lartigue*.

Ce n'est pas ma faute si le Journal de *Chimie médicale* et plusieurs journaux de médecine ont induit en erreur quelques médecins et quelques pharmaciens, en publiant ma formule sous le titre de *pilules de Lartigue*. Je ne suis pour rien dans cette publication.

Si M. Lartigue n'avait pas tenue secrète jusqu'ici la formule de ses pilules, que je reconnais être un bon médicament, je n'aurais pas publié celle que j'ai donnée. J'espérais, par cette insertion, le déterminer à nous faire connaître la véritable composition de son remède.

Les pilules dont j'ai donné la formule ne sont donc pas les *pilules de Lartigue;* mais elles sont aussi des pilules anti-goutteuses, jouissant d'une efficacité constatée par un grand nombre d'expériences.

Quant aux inconvénients et au défaut d'action que quelques-uns de

vos abonnés vous ont signalés dans l'usage de ces pilules, je dirai qu'après de nouveaux essais j'ai cru moi-même devoir modifier la formule précédemment publiée; qu'au lieu d'un gramme d'extrait de colchique, j'en mets aujourd'hui 20 grammes, et que j'ai supprimé l'extrait de digitale pour le remplacer par une égale proportion d'extrait d'opium. J'espère que ces notables changements rendront plus constante l'efficacité de ces pilules, dont voici la nouvelle formule :

Extrait de coloquinte composé.	20	grammes.
Extrait alcoolique de semence de colchique. .	20	—
Extrait d'opium.	1	—

Faire des pilules de 15 centigrammes.

Ce 14 septembre 1842.

BOUCHARDAT,
Pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris.

SUR L'ASSOCIATION DU SULFATE DE QUININE A L'ACIDE CARBONIQUE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES DES MARAIS.

Le quinquina a été reconnu, jusqu'à ce jour, le plus efficace des remèdes qui ont une action spéciale sur le principe des fièvres intermittentes et rémittentes marécageuses. Parmi ses différentes préparations, le sulfate de quinine est celle dont on fait le plus souvent usage; mais cette préparation, indépendamment de son action curative, exerce sur l'estomac et les intestins une action locale d'autant plus sensible, que ces viscères sont souvent, chez les fiévreux, dans un état d'irritation et de susceptibilité qui contrarie les effets de ce précieux médicament au point qu'il faut, dans ces circonstances, en procurer la *tolérance* avant de l'administrer, en employant des tempérants, des anti-spasmodiques, et surtout l'opium.

La plupart de nos fièvres des marais sont accompagnées, dans la première période du paroxysme, de vomissements spasmodiques que l'on combat avec succès par la potion anti-émétique de Rivière; cette potion, donnée toutes les deux ou trois heures, a souvent guéri seule des fièvres intermittentes chez des individus d'un tempérament nerveux : sous ce point de vue, on pourrait la regarder comme un excellent fébrifuge, avec d'autant plus de raison, qu'il arrive quelquefois qu'en détruisant l'état inflammatoire gastrique ou nerveux qui complique les fièvres d'accès, celles-ci cèdent aux forces de la nature sans l'administration du quinquina.

J'exerce, depuis longues années, la médecine dans une contrée marécageuse, où les fièvres intermittentes sont endémiques. J'ai donné le quinquina sous toutes les formes ; mais dans certains cas, voyant que le sulfate de quinine ne répondait pas à mon attente, j'ai associé ce sel avec le gaz acide carbonique, pour combattre avec plus d'avantage les effets de l'infection paludéenne qui se compliquent d'un état spasmodique ; dans ce but, j'ai fait un mélange d'acide tartrique, de sulfate de quinine, de bi-carbonate de soude et de sucre ; j'ai fait prendre dans l'intervalle des accès, et à plusieurs reprises, cette poudre aérophore fébrifuge dans le temps de l'effervescence, après l'avoir délayée dans un demi-verre d'eau ; les malades la boivent sans répugnance, et les accès disparaissent ordinairement après trois ou quatre prises de cette poudre gazeuse.

En la mettant dans un litre d'eau, je composais aussi une eau minérale gazeuse qui avait une vertu assurée contre les fièvres intermittentes. Ce mode d'employer le sulfate de quinine m'a paru rationnel, et l'expérience est venue confirmer la propriété de ce médicament pour anihiler l'action toxique du miasme pyrogénétique, non-seulement dans les fièvres intermittentes simples, mais encore dans toutes les fièvres du plus mauvais caractère, tirant leur origine du principe délétère des marais.

J'ai observé, dans ma pratique, que le sulfate de quinine, rendu soluble par les acides sulfurique, tartrique ou citrique, agit avec plus d'énergie, et à bien moindre dose, que le sulfate de quinine ordinaire.

Voici la préparation de la *poudre aérophore fébrifuge :*

Prenez : Acide tartrique. . . . . 9 grammes
Sulfate de quinine. . . . . 10 centigrammes.
Triturez bien ensemble et ajoutez au mélange :
Bi-carbonate de soude. . . . . 1 gramme 20 centig.
Sucre en poudre. . . . . 2 grammes.

Pour une dose à prendre dans un demi-verre d'eau à l'instant de l'effervescence. Ou bien on dissout séparément, dans 30 grammes d'eau, les mélanges de l'acide tartrique, du sulfate de quinine et de sucre ; on mêle les deux solutions, que l'on boit au moment de l'effervescence.

Voici la composition de l'*eau gazeuse fébrifuge :*

Prenez : Sulfate de quinine. . . . . 60 centigrammes.
Acide tartrique. . . . . 4 grammes.
Bi-carbonate de soude. . . . . . . 5 grammes.

Sucre en poudre. . . . . 30 grammes.
Eau. . . . . 1 litre.

Il faut avoir soin d'introduire d'abord dans la bouteille le sucre, le sulfate de quinine dissous dans l'acide tartrique, et immédiatement après le bi-carbonate ; on bouche aussitôt hermétiquement, pour empêcher la sortie du gaz. Cette eau se prend à la dose d'un demi-verre ou d'un verre toutes les deux heures.

Dans les établissements d'eaux minérales artificielles gazeuses, il serait facile d'en faire préparer une plus simple que celle que j'ai employée, en ajoutant à un litre d'eau de 50 centig. à 1 gram. de sulfate de quinine dissous préalablement dans une égale quantité d'acide tartrique ou citrique, et charger ensuite cette eau de cinq à six fois son volume d'acide carbonique.

N'ayant pas à ma disposition un appareil pour la fabrication des eaux gazeuses, j'ai guéri dernièrement un individu atteint d'accès de fièvre, avec une faible solution de sulfate de quinine tartarisé, 30 centigrammes, pris dans l'intervalle du paroxysme, et mélangés avec de l'eau de Seltz. Cette dernière manière de prendre le sulfate de quinine comme moyen prophylactique ou curatif des fièvres intermittentes serait peut-être plus à la portée de beaucoup de monde ; elle n'a rien de désagréable.

Il est plusieurs autres substances médicamenteuses que l'on pourrait faire prendre ainsi associées avec l'acide carbonique, et on offrirait par là à la thérapeutique un nouveau procédé de guérison ; mais je me borne pour le moment aux combinaisons gazeuses que j'ai indiquées.

Je n'ai pas cru nécessaire d'énumérer dans cette note tous les cas nombreux de guérison que j'ai obtenus par cette méthode. J'ai voulu seulement engager les praticiens à employer mes moyens et à en observer les effets.

Meirieu père, D. M.,
Médecin de l'hospice de Saint-Gilles (Gard).

UN MOT SUR LA TRANSMISSION DES DARTRES DE L'ANIMAL A L'HOMME.

Depuis que nous avons publié dans ce journal que les dartres des animaux pouvaient se transmettre à l'homme, beaucoup de faits sont venus corroborer notre opinion, et prouver que les bases sur lesquelles était appuyée la science dermatologique pouvaient présenter entre elles de nombreuses dissidences. Je ne sais si les auteurs du siècle dernier, qui ont admis que le principe herpétique entraînait avec lui la contagion, n'avaient pas, pour valider leur opinion, l'observation ; il n'en

est pas moins vrai que ces opinions contagionistes se sont transmises parmi les préjugés vulgaires. Mais, quel que soit le peu de confiance que l'on doive ajouter à ces opinions, quelle que soit la grossièreté des procédés, il est certain qu'elles ont toutes pour point de départ la matérialité d'un fait, et qu'elles sont le reflet d'opinions médicales qui ont existé dans un temps plus ou moins éloigné.

Je ne viens pas, dans cette circonstance, proclamer que la contagion doive être la compagne inséparable des dartres, comme le virus syphilitique de la syphilis, et l'acarus de la gale ; je ne viens pas, dis-je, me montrer l'adversaire des auteurs qui ont le plus contribué à détruire que le principe de contagion, pour les dartres, était tout hypothétique et spéculatif, et prouver que Willan et Bateman, Alibert et Biett, ont faussé et mal interprété les faits. Ce n'est pas dans les contradictions et les dissidences sans nombre qu'existe la médecine ; elle prend sa force dans une manière plus sûre et plus certaine, l'observation. En procédant ainsi seulement, elle peut arriver au progrès ; aussi dois-je me contenter de rapporter les faits, sans chercher à les commenter.

L'historique des maladies, malheureusement, n'a pas toujours le degré de véracité que les observateurs seraient en droit d'exiger : obligé de s'en rapporter au souvenir des malades, leur peu d'intelligence dans la plupart des cas, dans d'autres leur indifférence, nuisent à ces comptes-rendus nosologiques, qui ont pourtant une grande valeur. Ce que je relate, je l'ai vu.

Au mois de mars dernier, un enfant d'une ferme voisine me fut apporté, ayant sur la figure, le dos, les mains, en un mot sur toutes les parties du corps, une affection herpétique. Après avoir examiné la nature de cette affection, il me fut facile de pouvoir la rapporter à cette variété d'Alibert, désignée sous le nom d'*herpes furfuraceus circinnatus*, l'eczéma de quelques auteurs. A l'aspect, d'après ce que j'avais observé dans d'autres circonstances, il me fut facile d'en reconnaître la cause. Je le questionnai sur le début; cet enfant avait à peu près onze ans, et était pâtre, comme ils le sont tous à cet âge-là ; il me dit que dans leur écurie il existait un veau, nouvellement introduit, et couvert d'une éruption dartreuse, et qu'obligé de lui donner des soins, c'était là qu'il avait contracté le germe de cette maladie. Les remèdes vulgaires, dont se servent ordinairement les gens de la campagne, avaient été sans effet ; aussi venait-il réclamer les secours de la médecine. Inutile sans doute d'entrer dans tous les détails thérapeutiques pour une affection si simple dans sa forme.

Cet enfant ne fut pas la seule victime ; ils étaient nombreux dans cette famille, et ils furent presque tous obligés de payer le tribut à la conta-

gion. Son père et ses frères furent pris; mais ce qui devrait ébranler l'opinion des anti-contagionistes, c'est qu'une toute jenne enfant, couchant avec son père et ne s'exposant pas aux mêmes causes que ses parents, en fut aussi atteinte. En un mot, cette maladie produisit dans cette famille la même chose que produit la gale quand un des membres en est atteint.

Comme il nous était facile de pouvoir examiner ce jeune veau, qui avait aussi transmis cette maladie à ses voisins de crèche, voici ce que nous observâmes. Cette affection herpétique existait principalement au cou et sur le dos de l'animal, et les dartres, qui étaient à l'état rudimentaire, présentaient une tumeur assez élevée qui disparaissait pour s'étendre. Elles étaient identiques à l'*herpes circinnatus* de ce jeune enfant.

Ce n'est point dans les idées spéculatives que nons devons rechercher l'explication de l'observation compliquée que nous venons de signaler, mais bien dans les faits matériels. En effet, il ne doit pas rester de doute aux esprits les plus sévères sur la nature de cette affection. Cet enfant, jouissant d'une bonne santé, et ne présentant aucune trace de vice scrofuleux, est atteint d'une dartre par le contact obligé d'un animal malade; la même affection se reproduit sous la même forme; en un mot, il y a identité parfaite dans la cause et dans les effets.

Pour moi, comme je l'avais déjà signalé, ce fait avait une valeur certaine et palpable; mais une chose qui peut occasionner du doute, c'est l'intoxication générale. C'est à la région palmaire qu'a eu lieu la première trace de la maladie, et de là elle s'est portée sur toutes les parties du corps. Pour l'explication de ce fait, il ne faut pas croire que cela est arrivé par continuité de tissus et extension de la maladie, car ce n'est pas au point de départ du mal qu'elle s'est produite à la figure d'abord, et au dos ensuite. Ainsi, il faut donc qu'il y ait eu absorption, je ne dis pas de virus, puisque rien ne prouve qu'il en ait existé, mais bien du germe de la maladie; c'est-à-dire, pour se servir d'un langage plus médical, la maladie a été locale dans le principe, est devenue générale, et a réagi sur tout l'ensemble de l'économie.

D'après cela, la transmission des dartres doit être un fait palpable et appréciable, et dont la véracité ne peut être mise en doute. Les observations des praticiens sont identiques, et si ces faits n'ont pas été déjà publiés, c'est indifférence des observateurs. Ainsi, toutes les fois que, par un hasard quelconque, un individu a donné ses soins à des animaux atteints de dartres, malgré les précautions qu'ils ont pu y apporter, rarement ils ont évité la contagion. Cette affection, il est vrai, est légère dans sa forme et dans son essence, mais comme variété morbide elle doit être inscrite sur les tableaux nosologiques.

Jusqu'à présent, dans tout ce que nous avons dit, nous avons procédé du connu à l'inconnu. Pour compléter nos réflexions, il nous reste à examiner une dernière question qui présente un très-grand degré d'intérêt, c'est la transmission des dartres du père à la fille.

Une question qui semblait à jamais résolue, et qui ne devait plus présenter de controverse, c'était la non-contagion des dartres : tant que l'observation, cette pierre de touche de toute opinion médicale, n'est pas venue nous montrer le contraire, nous y avons ajouté une très-grande confiance; mais les faits s'opposent à y croire d'une manière absolue.

La cause de l'affection herpétique de cette jeune fille présente un si grand degré de simplicité, qu'elle n'a pas besoin d'être commentée. En effet, que l'on croie à la contagion herpétique, ou que l'on suppose que ce n'est qu'en forçant les analogies qu'on peut l'expliquer, il n'en est pas moins vrai que le fait est patent et évident. Ce n'est pas dans la constitution de cette jeune fille qu'il faut en rechercher le germe, ce n'est point dans une idiosyncrasie qu'on doit en trouver le principe, puisqu'elle présente une affection identique à celle de son père, dont la cause était palpable et matérielle. Ainsi les dartres ont été contagieuses de l'animal à l'homme pour le père, et du père à la fille. Je livre ces faits à la sagacité et à l'observation des dermatologues. Quant à nous, notre devoir médical nous imposait l'obligation de les signaler; nous l'avons fait.

F. Dassit, D.-M.
A Confolens (Charente).

OBSERVATION D'ABCÈS FISTULEUX PNEUMO-SOUS-TÉGUMENTAIRE.

Les observations d'abcès fistuleux pneumo-sous-tégumentaires, que M. le docteur Senné a publiées récemment dans votre journal, m'ont d'autant plus intéressé que j'ai eu, l'an passé, un cas analogue dans ma pratique. Permettez-moi de présenter les principales circonstances de ce fait, qui aura un plus grand intérêt par son rapprochement avec ceux de M. Senné.

Paul Garrouticy, de la commune de Saint-Pié-de-Lercn, canton de Salies, âgé de vingt-quatre ans, et doué d'un tempérament sanguin fortement prononcé, était domestique chez un de ses parents, quand, dans la première quinzaine d'avril 1841, il fut subitement pris d'un violent accès de fièvre. Malgré un traitement antiphlogistique des plus énergiques, la fièvre dura trois jours avec la même intensité, sans que je pusse en aucune manière en connaître le point de départ. J'étais dans

un vague pénible, et croyais avoir affaire à une de ces anciennes fièvres inflammatoires, lorsqu'une douleur qu'accusait le malade à l'aisselle droite attira mon attention vers cette partie. J'y trouvai, en effet, une petite tumeur d'un rouge violacé et très-sensible au toucher; des sangsues en grand nombre furent appliquées à deux ou trois reprises, ainsi que des cataplasmes émollients; mais le mal, loin de décroître, s'aggrava de jour en jour, gagna toute la partie latérale de la poitrine, s'étendit jusqu'à l'épaule, et causait au malade de vives souffrances. La fluctuation, que j'attendais avec impatience, se manifesta enfin; je fis l'ouverture de l'abcès, et une grande quantité de pus de bonne nature s'écoula.

En même temps que l'abcès se formait aux parois de la poitrine, il se déclarait une toux fréquente avec point pleurétique; le patient expectora même des crachats rouillés. L'auscultation m'ayant appris que l'inflammation était arrivée jusqu'au poumon, deux nouvelles saignées furent pratiquées, et l'émétique à haute dose fut administré pendant trois jours. Vains efforts! Bientôt après, une quinte de toux si forte se déclara, qu'on crut pendant quelques instants que le malade allait s'asphyxier. Cette quinte se termina par une expectoration très-abondante de véritable pus. Dès ce moment, je ne me dissimulai ni la gravité du mal, ni les dangers que courait le malheureux Garroutiey. Je vis clairement que l'inflammation avait gagné les deux feuillets de la plèvre, le tissu même du poumon; qu'un abcès énorme s'était formé dans toutes ces parties, et qu'il s'était fait jour et à l'extérieur et dans les bronches. Depuis ce jour, qui était la fin d'avril, jusqu'au mois d'octobre, où Garroutiey partit pour les eaux, il fut toujours dans un état de débilité alarmant. Quand il crachait beaucoup, l'ouverture pratiquée aux parois ne donnait rien ou presque rien, et quand celle-ci donnait beaucoup, la toux et les crachats disparaissaient. A cela se joignait une fièvre continue avec accès quotidiens, des sueurs nocturnes et une diarrhée colliquative. Ce cortége effrayant de symptômes n'était pas de nature à rassurer. En désespoir de cause, il me vint dans l'idée de l'envoyer aux eaux de Bastennes. Le jour est fixé, il part avec sa mère. Pendant quinze jours, il se trouva à merveille de ces eaux. Sa toux, ses crachats et la suppuration du côté avaient disparu; son appétit était revenu, et avec lui un embonpoint remarquable. Il voyait donc avec délices son état changer et ses forces revenir, il se croyait même guéri, quand un mouvement fébrile assez intense le jeta dans son lit. Un médecin expérimenté, aux soins duquel il fut confié, le saigna deux fois, et diminua ainsi son état de phlogose; la fistule se rouvrit, et les crachats reparurent. Le malade quitta les eaux, rentra chez lui, et, bien qu'il ait été

convalescent pendant quelques jours, il s'est remis tout à fait, et se trouve aujourd'hui dans un état plus que rassurant. Tous les fâcheux symptômes qu'il a présentés pendant si longtemps ont disparu; depuis longtemps il n'y a plus de suppuration ni par les parois de la poitrine, ni par les bronches; toutes ses fonctions se font parfaitement bien; il a déjà repris les travaux pénibles de la campagne, et tout m'annonce que sa guérison est radicale.

Je ne saurais reconnaître assez haut l'action vraiment miraculeuse qu'ont eue chez ce malade les eaux de Bastennes. Quand il est parti, je lui donnais quelques jours à vivre, et voilà que dans deux semaines il passe pour ainsi dire de trépas à vie. Je ne connais pas d'analyse de ces eaux. M. Patissier les mentionne bien dans son tableau statistique des eaux minérales de France, mais n'en donne, dans son ouvrage, ni la composition ni les effets. Tout ce que je sais, c'est que Bastennes est un petit village du département des Landes, à six lieues de Saint-Sever. Je crois que ses eaux sont sulfureuses froides, et analogues aux eaux d'Enghien et d'Uriage.

Alaman, D. M.,
A Labastide-Villefranche (Basses-Pyrénées).

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'aménorrhée causée par l'engorgement de l'utérus. — S'il est un axiome en pratique, c'est assurément que pour guérir une maladie il faut combattre la cause qui l'entretient. On doit donc porter toute son attention à apprécier cette cause. Rien n'est plus commun que de voir l'aménorrhée exister chez les jeunes filles : il en est qui à seize, dix-huit, vingt ans même, n'ont pas eu leurs règles. Les toniques, les emménagogues ont été donnés à pleines mains, et, loin d'avoir amené le résultat désiré, ils ont au contraire occasionné des accidents d'irritation générale, des irritations des organes digestifs, de la fièvre. Dans ces cas, que fait un sage praticien? il s'arrête, il se borne à combattre les symptômes. C'est bien sans doute, car ainsi il ne fait point de mal; mais on doit exiger de lui plus que cette abstention de remèdes; on attend de son art le rétablissement de l'équilibre fonctionnel troublé. Nous devons donc signaler comme une des causes les plus souvent méconnues de l'aménorrhée chez les jeunes filles, l'engorgement de l'utérus. Nous en avons en ce moment un exemple sur une jeune fille âgée de vingt-un ans, couchée au n° 37 de la salle Saint-Augustin, à la Pitié. Cette fille n'a encore jamais eu ses règles; elle en a eu les prodromes à plusieurs reprises différentes; depuis

longtemps elle a des pesanteurs, des douleurs dans les reins qui augmentent par la marche, de la sensibilité à l'hypogastre par la pression. Malgré cela on a insisté pendant plusieurs années sur les toniques et les emménagogues. Le flux menstruel n'est point venu. Entrée à la Pitié, on a constaté, en outre de ces symptômes, un écoulement blanc par les organes génitaux. Comme cette fille n'était point vierge, M. Lisfranc l'a touchée, et comme il en avait la pensée, il a trouvé un engorgement considérable de l'utérus qui avait plus que doublé de volume. C'était là la cause de l'aménorrhée; le traitement qui avait été fait avait dû augmenter l'irritation et l'engorgement. On a combattu par les moyens appropriés l'affection utérine, on a détruit l'engorgement, et l'irruption menstruelle s'est effectuée. L'engorgement de la matrice comme cause d'aménorrhée n'est pas assez généralement apprécié. Il faut le combattre avant tout, car un organe qui est malade ne peut remplir ses fonctions.

Hydropisie dans la gaîne du jambier postérieur traitée par l'injection iodée.—Depuis quelque temps M. Velpeau a attiré l'attention de ses élèves sur une maladie dont les auteurs ne parlent point, et dont l'existence à l'état aigu n'est pourtant pas très-rare. Cette affection pourrait bien être, dans certaines circonstances, le point de départ de ces collections synoviales qui se font dans les gaînes des tendons, et qu'on observe si souvent aux doigts, dans la paume de la main, au poignet; Dupuytren les a décrites sous le nom de *tumeurs en bissac*. La grande analogie qui existe entre ces tumeurs, auxquelles on n'ose point toucher, et l'hydropisie inflammatoire, sous l'influence rhumatismale ou autre, des gaînes des tendons, nous engage à présenter à nos lecteurs l'observation suivante:

Le nommé Defrance, âgé de trente-six ans, journalier, couché à la salle Sainte-Catherine, n° 14, est entré à l'hôpital de la Charité le 8 septembre 1842. Huit ou dix jours avant son entrée, ce malade, dans un état de transpiration considérable, s'était étendu presque nu sur le sol. A la suite du refroidissement subit qui en fut la conséquence, il éprouva une lassitude générale, des douleurs dans les articulations, une soif ardente; les douleurs se fixèrent principalement aux genoux et aux pieds. Il fut obligé de suspendre son travail. Un repos de trois ou quatre jours, quelques bains, firent disparaître le gonflement et la douleur des genoux. Pourtant, comme le gonflement et la douleur persistaient aux pieds, et qu'il ne pouvait marcher, il se décida à entrer à l'hôpital. A son entrée, on put constater un gonflement notable placé en arrière de la malléole interne; à gauche, le gonflement était plus considérable qu'à droite; la fluctuation était manifeste. Par une pression alternative des doigts le

long du trajet du tendon du jambier postérieur, on produisait un déplacement du liquide avec sensation de crépitation, qu'on doit attribuer à la collection synoviale qui, en se concrétant, avait donné lieu à la formation de petits grains analogues au riz cuit. La tumeur, des deux côtés, était sans changement de couleur à la peau; la douleur existait à peine. Des cataplasmes émollients furent prescrits; le malade garda le lit. Mais comme la tumeur ne diminuait point, surtout à gauche, où elle était plus étendue, M. Velpeau se décida, le 12 septembre, à pratiquer avec le trocart une ponction qui ne laissa sortir par la canule que quelques gouttes de synovie. Une petite quantité de teinture d'iode au tiers fut injectée. La douleur dura jusqu'au soir; un cataplasme fut appliqué. Le lendemain il n'y avait point de douleur; le gonflement était un peu plus considérable. Depuis la résolution se fait, quoique lentement. Il existe encore un peu de fluctuation à droite comme à gauche; de sorte qu'il est difficile de dire si l'injection iodée pratiquée à gauche a été utile, puisque la maladie ne marche pas plus vite vers la guérison que du côté droit, où les seuls émollients ont été employés. Mais il est important de constater ce fait, que l'injection d'iode faite dans une gaîne tendineuse a été sans inconvénient. Nous attendrons d'autres faits pour conclure.

Accouchement prématuré artificiel. — Ce n'est pas une question tout à fait résolue encore dans l'esprit d'un certain nombre d'accoucheurs français, que celle de savoir s'il est permis, s'il est utile de provoquer prématurément l'accouchement, dans les cas où les dimensions du bassin ou quelque difformité ne doivent pas permettre le passage d'un enfant à terme. Les accoucheurs anglais et allemands professent cependant, depuis longtemps, la doctrine des accouchements prématurés, et les excellentes raisons qui légitiment, qui commandent même cette manœuvre ont été présentées avec force et talent par M. Stoltz, de Strasbourg ; MM. les professeurs Paul Dubois et Velpeau ont à leur tour soutenu la légalité et la moralité de cette opération, qui avait été blâmée et repoussée par nos anciens accoucheurs Baudelocque, Gardien, Capuron. Aujourd'hui donc, lorsque l'enfant est viable, c'est-à-dire après le septième mois, et qu'il y a un rétrécissement du bassin, on peut provoquer l'accouchement; il est même des médecins qui ont voulu étendre cette pratique à tous les cas où une maladie tenant à la grossesse compromettrait prochainement la vie de la mère. Du reste, l'on peut dire que, lorsque l'accouchement prématuré artificiel est fait dans un temps convenable, et que toutes les précautions voulues ont été prises, le résultat est le plus souvent heureux. En voici un nouvel exemple récemment publié. Une femme d'une trentaine d'années, qui avait été déjà délivrée

quatre fois d'enfants morts par la version, entre enceinte pour la cinquième fois à la clinique de Gœttingue. On constate chez cette femme que l'angle sacro-vertébral est très-saillant, surtout à gauche, et que le diamètre antéro-postérieur du bassin n'avait que trois pouces et un quart. On était dans la trente-troisième semaine de la grossesse. M. le professeur Siebold pensa, avec raison, qu'il fallait aussitôt recourir à l'accouchement prématuré artificiel. Il fut pratiqué au moyen de l'éponge préparée au mucilage de gomme arabique, introduite dans le col de la matrice. Une fois que l'orifice fut complétement dilaté, on s'assura que l'enfant avait une position vicieuse, et qu'il fallait faire la version par les pieds. Avec beaucoup de soin on le conserva vivant. Encore aujourd'hui, la mère et l'enfant se portent bien. — Nous avons vu pratiquer deux accouchements prématurés au terme de sept mois et demi, ou même de huit mois de grossesse, et toujours l'enfant est venu vivant, et il n'y a pas eu d'accidents pour la mère. Quelques détails sur la manière dont nous avons vu employer l'éponge dans ces cas ne seront pas inutiles. Après avoir, pendant quelques jours, fait prendre des bains émollients tièdes à la malade, recommandé des injections vaginales et des lavements; après avoir vidé la vessie et le rectum au moment de l'opération, on introduit dans le vagin un spéculum plein, qui embrasse le col utérin. Avec de longues pinces, on porte alors dans l'orifice de la matrice un cône d'éponge préparée, ayant de 5 à 6 centimètres de longueur, et 1 centimètre et demi de diamètre à sa base. On introduit la petite extrémité du cône dans l'orifice de la matrice, et on pousse lentement dans le col; pendant cinq ou six minutes on le maintient, puis on retire les pinces et le spéculum, et l'on garnit le fond du vagin pour maintenir le cône en place, soit avec de la charpie, soit avec une grosse éponge douce : on soutient le tout avec un bandage sous-cuisse. L'éponge préparée s'imbibe des sucs sécrétés, se dilate, excite et ouvre le col de la matrice, et détermine, au bout de cinq à six heures, des contractions. On peut, si le travail ne se caractérise pas, et si la dilatation n'est pas suffisante, mettre une plus forte éponge; il est rare que cette seconde application n'amène pas le résultat voulu.

Kyste de la thyroïde traité par l'injection d'iode. — L'injection d'iode, substituée avec tant d'avantages au vin chaud dans le traitement de l'hydrocèle par M. Velpeau, devait nécessairement conduire ce praticien à utiliser ce médicament pour la cure des kystes synoviaux, des bourses muqueuses, des hygroma, des kystes du sein, etc. C'est une véritable conquête pour la chirurgie que ce nouveau mode de traitement de ces tumeurs, qu'on était obligé d'enlever en totalité, ou de

faire suppurer pour les guérir. La teinture d'iode injectée dans l'intérieur de ces kystes y détermine une inflammation adhésive qui amène l'oblitération de la cavité séreuse. Des succès nombreux ont établi l'innocuité de cette méthode, et ont prouvé que l'injection d'iode n'a aucun des inconvénients qu'aurait incontestablement une injection vineuse. Le traitement dont il est question vient d'être appliqué, il y a peu de jours, aux kystes de la glande thyroïde.

Un maçon, âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu d'engorgements strumeux ni au cou ni ailleurs, éprouva, il y a un mois environ, un peu de raideur dans le cou du côté droit, et s'aperçut en même temps de l'existence d'une petite tumeur, qui fut prise pour un engorgement ganglionnaire. N'ayant du reste aucune douleur, il s'en occupa peu, et continua ses travaux. Cependant, voyant la tumeur augmenter ainsi que la gêne dans les mouvements du cou, il entra, le 2 septembre dernier, à l'hôpital de la Charité, et fut couché au nº 17 de la salle Sainte-Vierge, service de M. Velpeau. La tumeur, située au bas du cou, était assez volumineuse et soulevait le muscle sterno-mastoïdien, qu'elle débordait en avant; elle était sans changement de couleur à la peau; au toucher, on sentait très-distinctement les impulsions artérielles, l'œil même apercevait des mouvements de soulèvement qui auraient pu en imposer pour des mouvements d'expansion, et faire croire à un anévrysme; mais l'oreille ne distinguait aucun bruit anormal, et en embrassant la tumeur latéralement avec les doigts, on sentait bien encore les mouvements de soulèvement, mais on n'éprouvait point le choc latéral d'une véritable expansion. La tumeur se déplaçait bien un peu, pourtant sa base était large, et, en engageant fortement les doigts à son côté interne, il était impossible de l'isoler de la partie inférieure du larynx. Une fluctuation des plus évidentes indiquait la présence d'un liquide; il était impossible de croire à l'existence d'un anévrysme; l'absence de tous symptômes inflammatoires, de douleurs, d'élancements, le développement rapide de la tumeur, ne permettaient point non plus d'admettre comme probable l'inflammation suppurative d'un ganglion lymphatique.

Pour éclairer la question d'une manière incontestable, M. Velpeau pratiqua une ponction exploratrice avec une aiguille droite en fer de lance : l'introduction de l'aiguille permit d'apprécier l'existence d'une cavité assez grande; il sortit par la piqûre quelques gouttes d'un liquide séreux, de couleur brune assez foncée; une certaine quantité de liquide s'infiltra dans le tissu cellulaire, ce qui diminua un peu les dimensions de la tumeur. Au bout de quelques jours, elle avait recouvré son volume primitif. La ponction exploratrice n'avait amené aucune douleur. Le

12 septembre dernier, M. Velpeau a vidé la tumeur au moyen d'un trocart fin; il en est sorti environ quatre onces d'un liquide d'une couleur brune. Une injection iodée a été portée dans le kyste, où une partie du liquide injecté a été laissée. La matière de l'injection contenait, pour un tiers de teinture d'iode, deux tiers d'eau. La douleur n'a pas été très-vive; cependant elle a duré quelques heures, et a occasionné un peu de céphalalgie. Le lendemain matin, la tumeur avait dépassé le volume primitif; elle était pourtant peu douloureuse, et seulement au toucher. Depuis ce temps, la tumeur marche vers la résolution, et se comporte exactement comme il arrive dans l'hydrocèle traitée par cette méthode; le malade est, aujourd'hui 19 septembre, en voie de prochaine et parfaite guérison.

Conduite à tenir à l'égard des esquilles volumineuses. — On ne saurait assez rappeler les saines règles de pratique, ni les appuyer par trop de nouveaux exemples. Un couvreur, âgé de trente-six ans, tombe de la hauteur d'un troisième étage sur le pavé, et est apporté à l'hôpital de la Pitié avec des désordres très-graves. Il présentait une luxation en arrière des os de l'avant-bras droit sur le bras; elle a été réduite, et il en est guéri; il avait une entorse très-forte du pied droit, il en est guéri; mais l'accident le plus sérieux était une fracture comminutive, existant à l'union du tiers moyen de la jambe gauche avec le tiers inférieur, avec épanchement sanguin considérable dans le membre, et étranglement inflammatoire; les saignées largement faites et répétées, le régime antiphlogistique, la diète, ont conjuré le danger. Mais le point sur lequel nous voulons fixer l'attention, c'est l'existence, à la partie antérieure du membre, d'une esquille du tibia de la longueur de cinq centimètres sur trois centimètres de largeur. Cette esquille, qui était tout à fait mobile, devait-elle être enlevée? Non, car elle avait encore quelques adhérences avec les parties molles, et elle était assez volumineuse pour reprendre vie et se consolider. C'est en effet ce qui est arrivé; aujourd'hui l'épanchement du membre et l'inflammation ont disparu, la consolidation de la fracture est très-avancée, l'esquille est parfaitement soudée au reste de l'os, et forme sous la peau une légère saillie. Ce malade guérira sans raccourcissement de la jambe.

Gangrène amenée par la rougeole dans une partie de la peau déjà infiltrée. — Lorsqu'une inflammation spécifique vient à se développer sur un tissu infiltré, et qui a déjà subi une atteinte dans ses propriétés vitales, la gangrène peut à l'instant s'emparer de ce tissu. Nous en avons vu un cas singulier au n° 8 de la salle Saint-Louis, à la

Pitié. Un jeune enfant de cinq ans est renversé par une voiture dont la roue lui passe sur le pied; il n'y a ni fracture, ni luxation, ni entorse. Cet accident n'a pour conséquence qu'une bosse sanguine du volume d'un œuf de poule, située sous la malléole, et s'étendant également en avant et en arrière; du reste point de douleur, point de signe marqué d'inflammation. On se borne à des applications d'eau-de-vie camphrée, et en quarante-huit heures la résolution était presque complète. Sur ces entrefaites l'enfant est pris, le troisième jour de son entrée, d'une rougeole assez intense avec forte fièvre. Le cinquième jour, la totalité de la peau qui entrait dans la composition de la tumeur est frappée de gangrène. Il en est résulté un vaste ulcère qui se cicatrise en ce moment.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT. *De l'auscultation pour déterminer les présentations du fœtus.* Qui ne sait aujourd'hui qu'au moyen de l'auscultation l'on peut reconnaître une grossesse douteuse; que des battements doubles entendus à travers les parois d'un utérus développé indiquent la présence d'un fœtus vivant; que l'existence de ces battements dans des points opposés et leur défaut d'isochronisme sont l'indice d'une grossesse multiple; enfin que ces battements ne peuvent être confondus avec un autre bruit appelé bruit de souffle, que quelques-uns pensent se passer dans le placenta? Mais un point plus important et qui n'est pas encore, il s'en faut, complétement éclairci, consiste à faire de l'auscultation, à une époque rapprochée de l'accouchement, un moyen de diagnostic des présentations et positions du fœtus dans la matrice; chose importante, car le toucher peut ne pas fournir les renseignements nécessaires dans certains accouchements laborieux où l'art devra intervenir. C'est à préciser par de nouvelles expériences quel est le parti que l'on peut tirer de ce moyen; à voir dans quelles limites il faut le restreindre; enfin, à examiner la valeur des opinions émises par plusieurs accoucheurs modernes, qu'est destiné le Mémoire de MM. les docteurs Devilliers fils, et Chailly-Honoré.

Le fœtus étant presque toujours courbé sur la face antérieure dans le sein de la mère, c'est par sa région précordiale postérieure que se transmettent les battements doubles du cœur. Ces battements seront perçus à leur summum d'intensité dans le point de l'abdomen où cette région correspondra. Un autre fait, c'est que l'oreille seule ou armée du stéthoscope ne peut percevoir ce bruit de manière à le localiser convenablement qu'autant que les régions du fœtus qui le fournissent se trouvent contiguës avec le segment antérieur de l'utérus; car vers les flancs et à la région postérieure ou lombaire, il est impossible de le bien distinguer, à cause de l'épaisseur des parties et de l'éloignement de la matrice.

Tirez deux lignes sur la partie antérieure de l'abdomen d'une femme enceinte, l'une perpendiculaire de l'appendice xiphoïde jusqu'à la symphyse pubienne, en suivant la ligne blanche et en passant sur l'ombilic; l'autre transversale d'un flanc à l'autre en passant également sur l'ombilic; vous aurez deux quarts supérieurs, l'un droit, l'autre gauche; deux quarts inférieurs de même droit et gauche. Si le summum d'intensité des battements s'entend dans un des quarts inférieurs, le fœtus se présente par la tête; si le bruit est perçu dans les deux quarts supérieurs, ce sont les pieds qui tendent à sortir les premiers. Le summum du bruit entendu à droite ou à gauche de la ligne indique les positions droites ou gauches du fœtus, que la présentation soit par la tête ou par les pieds. Plus le summum des

battements se rapproche de la ligne blanche, plus on doit croire que la position est antérieure; plus il s'en éloigne, plus on a lieu de penser qu'elle est postérieure.

Néanmoins ces données ne sont point absolument certaines, elles ne donnent que des probabilités; il faut, pour un diagnostic plus exact, apprécier par l'inspection et le palper les inclinaisons de l'utérus, apprécier le siége et la nature des mouvements actifs du fœtus, enfin quelquefois s'aider du toucher vaginal.

Il est des cas où l'épaisseur des parois abdominales est peu considérable, où la quantité du liquide amniotique est peu abondante : dans ces cas, en exerçant d'abord une pression modérée, puis plus forte sur l'abdomen avec les deux mains, on peut saisir, même assez distinctement, les formes du fœtus. Un corps rond, plus dur que les autres, impossible ou très-difficile à déplacer, indique la tête; un autre corps à surface plus étendue, d'une courbure plus large, d'une résistance un peu moindre, peut être le tronc.

Il ne faut pas négliger le siége des mouvements actifs du fœtus. Lorsque la main appliquée sur l'abdomen sent, non pas un mouvement de totalité, mais de petits mouvements brusques, on doit penser que là sont les extrémités inférieures ou supérieures. Du reste, la femme a elle-même la perception du lieu où se passent les mouvements de l'enfant; si dans les derniers mois de la grossesse elle éprouve de la pesanteur dans le bassin tandis qu'elle ressent dans l'un ou l'autre côté, à l'hypocondre, de petits coups précipités, brusques, douloureux, on doit supposer que ce sont les pieds qui produisent ces derniers mouvements et que la tête est à la partie inférieure.

Au demeurant, ces signes, auxquels isolément on ne peut accorder qu'une confiance restreinte, prennent une plus grande valeur quand ils concordent avec les données fournies par le stéthoscope. Le toucher vaginal, dans quelques cas plus obscurs, vient compléter le diagnostic.

Ainsi, chez une femme enceinte l'auscultation fait-elle entendre le summum du bruit de battements doubles dans le quart gauche et inférieur de l'abdomen, on peut penser que le fœtus présente le sommet, parce que le summum des battements s'entend en bas, et de plus qu'il est en position occipito-iliaque gauche, parce que ce bruit s'entend à gauche; si le summum du bruit se fait entendre au contraire dans le quart supérieur, mais toujours à gauche, on a lieu de penser que le fœtus se présente par le siége, en position sacro-iliaque gauche. Ces deux diagnostics auront ensuite plus de certitude si le développement de l'abdomen est à gauche, si le palper y trouve des formes solides, arrondies, volumineuses, tandis que ces formes sont petites et mobiles à droite et en haut, où les mouvements sont forts et fréquents, tandis qu'ils sont lents et circulaires en bas. Dans le second cas de présentation, au contraire, la main trouvera le corps arrondi et dur en haut et à gauche, et les petits mouvements seront en bas. Ce que nous venons de dire fera facilement comprendre le diagnostic dans les autres points du côté droit pour les présentations du sommet et du siége.

Nous n'entrerons pas dans l'examen des nombreuses observations particulières renfermées dans le long Mémoire de MM. Devilliers et Chailly; il nous suffira de dire que dans le tableau qu'ils ont dressé de 285 accouchements, la terminaison a concordé 223 fois avec leur diagnostic, tandis qu'il s'est trouvé en opposition avec lui dans 68 cas. Les erreurs portent principalement sur les positions et non sur les présentations, car sur 137 présentations de l'extrémité céphalique annoncées, ils ont rencontré juste 133 et se sont trompés 4 fois; et sur 6 présentations du siége, juste 4 fois, et faux 2 fois. On peut bien aussi discerner les positions droites ou gauches du fœtus, car sur 96 positions droites ou gauches annoncées, ils ont rencontré 79, et ne se sont trompés que 18 fois. Mais là où ont été les plus nombreuses erreurs, c'est lorsqu'il s'est agi de distinguer les positions antérieures des postérieures du même côté. L'auscultation ne peut suffire pour établir ce jugement.

D'après cet exposé, l'on voit l'utilité dont peut être l'auscultation dans les accouchements. Seule, elle ne peut indiquer exactement les présentations du fœtus, comme l'ont prétendu certains observateurs. Aidée des autres moyens, elle trompe même assez souvent; car non-seulement dans le dernier mois de la grossesse, mais même à un moment très-rapproché de l'accouchement, le fœtus

peut changer de position dans la matrice, soit par un mouvement de rotation sur son axe qui change sa position, soit, ce qui est beaucoup plus rare, par une véritable culbute qui modifie sa présentation. Néanmoins, il est incontestable que l'auscultation aidée de l'examen du ventre, du palper, de l'appréciation du siége des mouvements du fœtus, fournit des données précieuses que l'homme de l'art ne doit pas négliger : il faut surtout recourir à ces ressources pour le diagnostic, lorsque peu de temps avant l'accouchement ou pendant le travail, le toucher, ce moyen par excellence, laisse des doutes, ou ne permet pas de distinguer la position de l'enfant, connaissance qu'il est si important d'avoir dans ce moment. (*Rev. méd.*, juin et juillet 1842.)

ABCÈS *et hydatides du foie; guérison par l'ouverture artificielle.* Voici un beau fait de pratique recueilli et publié par M. Oheix, médecin à Savenay. Jean Hémery, laboureur, aujourd'hui âgé de trente-quatre ans, tomba tout à coup, sans cause connue, à l'âge de vingt-deux ans, dans un état tel, qu'il paraissait aux médecins être au dernier terme de la phthisie pulmonaire. Toux sèche, hémoptysies intercurrentes, douleur au côté droit du thorax, fièvre hectique, maigreur extrême, rien n'y manquait. Cessation de tous les remèdes; usage exclusif du lait de chèvre; point d'arrêt dans le mouvement de dégradation qui emportait cet individu. Enfin, retour à la convalescence et guérison qui coïncident avec l'expectoration, tous les jours, de plusieurs livres de matières puriformes, fétides, nauséeuses.

Jusqu'à la fin d'avril 1841, c'est-à-dire pendant plus de dix ans, la santé de cet homme fut parfaite. Il commença à ressentir alors dans l'hypocondre droit une douleur vive, fixe, exacerbante, qui le quitta et le reprit quatre fois pendant les mois de mai, juin et juillet, sans qu'il fît autre chose que de garder quelques jours de repos au lit. Une nouvelle attaque, mais bien plus violente, le décida à appeler, le 8 avril, après si jours de douleurs atroces, les secours de M. Oheix. Notre confrère constata l'état suivant : amaigrissement général, traits altérés par la souffrance, cris perçants, peau sèche et brûlante sans coloration ictérique, céphalalgie frontale, pouls fréquent, petit et serré, constipation, matières grises et décolorées, urines safranées. Les flancs, les hypocondres, la région ombilicale et l'épigastre sont le siége d'une tumeur qui soulève fortement les dernières côtes et l'appendice xiphoïde. En palpant cette tumeur, évidemment formée par le foie, on croit sentir, au premier abord, un corps dur et solide dans toute son étendue; mais en examinant plus attentivement on découvre, à une assez grande profondeur, une abondante collection de liquide. Dans toute l'étendue de la tumeur, qui donne à la partie supérieure du ventre de ce malade le volume de celui d'une personne atteinte d'hydropisie ascite, l'auscultation ne fait percevoir ni la respiration ni aucun bruit. Le cas était des plus graves. Vingt sangsues et des cataplasmes émollients sont appliqués sur le centre de la tumeur sans amener aucun changement. Le mal empire à tel point, que le 30 avril le malade est à toute extrémité; ni les opiacés, ni les émollients, ni quatre nouvelles applications de sangsues n'ont diminué les douleurs ni arrêté la marche rapide du volume du ventre.

Le 31 août, deux morceaux de potasse caustique, du volume d'une petite noisette, sont appliqués au centre fluctuant de la tumeur, à droite de la ligne blanche et à 15 centimètres au-dessous des dernières côtes. Le lendemain, l'escarre, qui avait 10 centimètres de diamètre, est fendue crucialement. Le 3 septembre on enlève l'escarre, et au fond de la plaie on applique un nouveau morceau de potasse caustique. Les forces du malade diminuent de jour en jour. Le 5, ablation nouvelle de l'escarre, troisième application dans la plaie de la pierre à cautère. Le 6, l'état du sujet est des plus alarmants. On enlève l'escarre, mais on n'ose renouveler la potasse caustique. On se borne à pratiquer plusieurs scarifications au fond de la plaie avec une lancette, et les 8, 9 et 10 septembre on panse avec de l'onguent suppuratif. Enfin, le 11, M. Oheix enfonce perpendiculairement au centre, déjà creusé par la potasse, un bistouri à lame étroite à la profondeur de 7 à 9 centimètres; il fait seulement une ponction; il sort aussitôt, en jet rapide, deux litres environ d'un pus clair et séreux. On introduit une mèche de charpie entre les lèvres de la plaie, que l'on recouvre avec un

énorme morceau de sparadrap. Le lendemain et les jours suivants, il sort par cette ouverture du pus par litres, une grande quantité de débris d'hydatides, et plusieurs centaines de ces acéphalocystes entiers, allant du volume d'un grain de millet à celui d'une aveline; plus tard, quand on a agrandi l'ouverture pour leur donner passage jusqu'à donner à la plaie une étendue de 9 centimètres, il en sort de plus considérables, quelques-uns ont la grosseur d'un œuf. Un mieux manifeste avait suivi l'ouverture de la tumeur, mais il se caractérise encore mieux le 14 et le 15 septembre. Le 19, la fétidité du pus engage à pratiquer des injections d'eau miellée dans la cavité du foie: pour la remplir, il faut introduire près de trois litres de liquide. Il sort des hydatides jusqu'au 6 octobre, jour où on en extrait deux du volume d'une orange et des poches ayant appartenu à d'autres plus volumineuses encore. A partir de ce moment, la sécrétion diminue jusqu'au 15 novembre, où elle est tarie complétement. Il ne restait qu'une fistule biliaire dans laquelle on pratiqua des injections avec une solution de nitrate d'argent; elle ne fut fermée qu'en janvier 1842. Il y avait une dépression profonde au point de la cicatrice; elle a fini par disparaître: au commencement d'avril 1842, la santé d'Hémery était aussi bonne que jamais elle eût été. (*Jour. de Méd. de la Loire-Inférieure,* 83e liv.)

ALIÉNÉS (*De la tuméfaction des oreilles chez les*). Par suite de la paralysie générale qui frappe certains aliénés en démence, la circulation est beaucoup moins active dans les extrémités; de là le froid qu'on observe aux pieds, aux mains, au nez et aux oreilles chez ces individus; de là encore une tuméfaction particulière des oreilles, qui survient, l'équilibre circulatoire étant rompu, soit à la suite de coups ou de chocs sur ces parties, soit encore par suite des tractions du pavillon de l'oreille par les gardiens. C'est sur ce phénomène déjà observé en Angleterre, que M. le docteur Belhomme fixe l'attention de ses confrères de France, en leur présentant quelques faits de sa pratique. Ces tumeurs, dont le volume varie depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'une noix, se forment dans le tissu cellulaire environnant le cartilage de l'oreille, et toujours à sa partie externe; ce sont de véritables poches indolentes, dures, qui se remplissent de liquides; la peau qui les recouvre est rouge, violette, fortement tendue, il y a de la chaleur. M. Belhomme a pratiqué la ponction chez un entrepreneur de maçonnerie en démence et paralytique, qui présentait une tumeur du volume d'une noix, en dehors du pavillon de chaque oreille; il en est sorti d'abord de la sérosité sanguinolente, puis par la pression du sang pur et caillé. La plaie s'est cicatrisée et la poche s'est remplie de nouveau; une nouvelle ouverture a donné issue à un liquide séreux d'une odeur forte et nauséabonde. Une troisième ponction et trois semaines de temps ont été nécessaires pour obtenir la cicatrisation, qui s'est accompagnéo d'un plissement, d'une sorte de flétrissure du pavillon, dont les anfractuosités ont disparu. Ce malade étant mort, on a constaté que cette affection avait eu pour conséquence une véritable hypertrophie des cartilages des oreilles, surtout de la gauche. Le tissu cellulaire était dense, épaissi, serré, et ce n'était qu'avec peine qu'on pouvait le séparer des cartilages. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, août 1842).

BLENNORRHAGIE (*Sur le traitement abortif de la), par les injections de nitrate d'argent à haute dose.* Il est une méthode qui compte un certain nombre de partisans et qui consiste, au début de la blennorrhagie, à arrêter le développement de l'inflammation spécifique au moyen d'une irritation artificielle produite dans le canal de l'urètre par une ou plusieurs injections d'une solution de quelques centigrammes de nitrate d'argent cristallisé par 30 grammes d'eau. Cette méthode, qui est celle de MM. Ricord et Serre, de Montpellier, et qui a été préconisée par eux au commencement de l'urétrite blennorrhagique et dans quelques cas d'urétrites chroniques de même nature, n'a pas pris, malgré l'autorité de ces deux chirurgiens, une très-grande extension dans la pratique de leurs confrères; cela tient à la répugnance des malades pour ce moyen, et aussi peut-être à la timidité de certains praticiens qui craignent les conséquences ultérieures de ces injections sur le canal de l'urètre. Ceux qui ont cette appréhension vont conséquemment frémir lorsque nous leur dirons qu'il s'est rencontré un médecin qui,

reprenant les injections caustiques proposées par Carmichaël, chirurgien en chef de l'hospice des vénériens de Dublin, ne craint pas d'annoncer qu'il emploie couramment et sans hésiter en injections, dès le commencement de la maladie comme à la fin, dans l'état aigu comme dans l'état chronique, non pas quelques centigrammes de nitrate d'argent, mais 60, 70, 80 centigrammes de ce sel, par 30 grammes d'eau distillée; qui assure que même à un gramme et plus du médicament, ces injections, pratiquées à toutes les périodes de la blennorrhagie, sont sans danger, n'amènent aucun accident consécutif, et éteignent immédiatement l'inflammation.

Ce médecin, c'est M. le docteur Debeney, chirurgien aide-major du 12e de ligne. Nous l'avouerons, c'est avec prévention que nous avons ouvert son mémoire; si nous l'analysons ici, c'est que nous avons trouvé dans la lecture des faits qu'il contient un intérêt pratique réel, et un cachet de bonne foi qui nous a séduit. Or, comme en thérapeutique surtout on ne peut juger que par l'expérience, nous en appelons à celle de nos lecteurs.

Dans l'espace de vingt mois, M. Debeney a traité quatre-vingt-trois sujets atteints de blennorrhagie à différentes périodes, mais présentant des cas simples et sans complications, et chez tous il a employé comme moyen unique les injections avec le nitrate d'argent cristallisé, à la dose de 60 centigrammes d'abord par 30 grammes d'eau distillée, puis porté chez certains malades à 70, à 80 centigrammes. C'étaient des officiers ou des soldats jeunes et vigoureux, et conséquemment dans les conditions les plus favorables à la réaction inflammatoire. M. Debeney ne rapporte pas toutes les observations, mais il en donne vingt assez détaillées pour bien faire juger de l'emploi de la médication et de ses effets. Sur ces quatre-vingt-trois malades, il n'y a eu d'accidents consécutifs que chez un seul, qui a eu un bubon, lequel a coïncidé avec l'injection, et que, à la rigueur, on peut rapporter à l'irritation sympathique des ganglions inguinaux déterminée par l'urétrite artificielle produite par la cautérisation.

Quel but se propose-t-on par les injections dans la blennorrhagie ? de changer le mode de vitalité de la membrane. Or, pour M. Debeney il n'est pas de modificateur plus puissant et plus sûr que l'injection caustique qu'il emploie. Par les injections à faibles doses quand l'écoulement est accompagné de douleur, l'irritation est augmentée, et l'on est obligé à diverses reprises de suspendre le remède, de donner des bains, d'appliquer des sangsues, et même quand il n'y a pas de douleurs on n'obtient la guérison que dans un espace de temps variable de six, douze ou quinze jours. Par les injections à forte dose on évite ces surexcitations successives et les longueurs qu'elles entraînent; on fait disparaître subitement les traces de phlogose, les malades ne sont pas exposés à cette exagération morbide dans la sensibilité de la muqueuse signalée par plusieurs praticiens.

Voici l'effet de l'injection caustique, tel que l'a observé sur lui-même M. le docteur Debeney :

A neuf heures du soir, la membrane muqueuse étant à l'état normal, ce médecin s'est fait dans le canal de l'urètre une injection à la dose de 80 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. Voici ce qu'il a noté : l'introduction de l'injection ne produit d'autre sensation que celle d'un liquide froid; au bout de trente à quarante secondes une douleur atroce éclate tout à coup et retentit dans les testicules et le long des cordons; elle dure près de cinq minutes avec la même violence; alors elle commence à décroître, et au bout d'une heure elle est parfaitement supportable, et le sommeil arrive. La matière d'une suppuration épaisse et blanche coule pendant la nuit. A sept heures du matin, les urines rendues avec gêne et une très-forte cuisson, expulsent devant elles en débris de pellicules l'escarre de la muqueuse. A dix heures, il reste un peu d'écoulement; l'émission des urines a lieu librement et sans douleur, ce qui annonce que tout gonflement a cessé et que l'irritation est terminée. A midi le canal est sec, l'état normal est rétabli et persiste.

Cet effet a été constamment celui que nous venons de décrire aux divers degrés de la phlegmasie chez les sujets que M. Debeney a traités; seulement l'inflammation a été plus ou moins violente, plus ou moins vivement ressentie, suivant le degré de sensibilité des individus; mais elle s'est dissipée com-

plétement après douze ou quinze heures, ne laissant aucune trace ni d'elle-même, ni des signes aigus de la phlogose sur laquelle elle s'était développée.

Pour faire apprécier les résultats de la méthode, nous allons présenter les séries des malades soumis aux injections caustiques, divisés suivant les périodes de la maladie, et indiquer le nombre d'injections qui ont été nécessaires pour la guérison.

Les injections caustiques ont été faites du premier au quatrième jour de la blennorrhagie chez 23 malades; du cinquième au huitième jour chez 12; du huitième au quinzième chez 15; du quinzième au trentième jour et au delà chez 17; enfin les injections ont été faites chez seize sujets qui ont été perdus de vue pour cause de départ : chez ceux-ci on n'a pu constater qu'une chose, c'est qu'il n'y a pas eu d'accidents immédiats : total 83.

12 malades de la première série (du premier au quatrième jour) ont été guéris par une seule injection caustique à 60 centigrammes; chez 4 il en a fallu deux à vingt-quatre heures d'intervalle; chez 5 sujets trois injections; quatre chez 1; enfin sept chez un malade qui a eu trois reproductions de l'écoulement.

Dans la seconde série (du cinquième au huitième jour), nous voyons 3 blennorrhagies guéries par une seule injection; 2 par deux injections, toujours à vingt-quatre heures d'intervalle; 2 par trois; 2 par trois, plus les astringents; 3 par cinq injections, dont deux avec 70 centigrammes de sel caustique.

Dans la troisième série (du huitième au quinzième jour), nous voyons une seule injection guérir un malade; il en faut deux chez 2 autres; trois dont une à 70 centigrammes chez 4; trois, plus les astringents, chez 3; quatre chez 2; cinq, dont deux à 70 centigrammes à dix heures d'intervalle, chez 3.

Enfin dans la quatrième série (du quinzième au trentième jour et au delà), nous trouvons 2 guérisons par une injection; 2 par deux; 3 par trois, la troisième faite dix heures après la seconde; 2 par trois, plus les astringents; 2 par quatre, dont une plus forte et les astringents; 4 par cinq injections, dont les deux dernières à dix heures d'intervalle, et les astringents. Chez deux seuls sapeurs la médication n'a pas amené la guérison.

Les astringents employés en injections et comme adjuvants par M. Debeney, sont le plus souvent l'eau blanchie avec l'extrait de saturne, et dans quelques cas la solution de sulfate de zinc.

Nous ne pouvons donner que des résultats généraux, nous serions entraîné trop loin si nous voulions citer des observations individuelles. Quant au temps qu'il a fallu pour la guérison, il peut être calculé à peu près exactement par le nombre des injections, car généralement elles ont été faites à vingt-quatre heures d'intervalle. Les cas où on a eu recours aux astringents ont demandé plus de temps, car cet ordre de moyens était continué trois ou quatre jours avant de revenir aux injections caustiques.

Une chose que nous avons notée, c'est que chez un certain nombre de malades, dont le chiffre s'élève au dixième des cas, il y a eu, quelques heures après l'injection, expulsion de quelques gouttes de sang par l'urètre. M. Debeney s'est convaincu que cette circonstance n'avait rien de fâcheux; il ne l'a jamais vue suivie d'accidents; il ne la regarde pas comme sérieuse.

Quant à la crainte des rétrécissements que pourraient amener ces injections caustiques, notre confrère la regarde comme n'étant nullement fondée. Il est admis, dit-il, que les rétrécissements proviennent de l'épaississement de la muqueuse urétrale; de l'infiltration ou de l'endurcissement du tissu cellulaire sous-muqueux, ou bien de la cicatrice résultant de quelque ulcération. Tous ces résultats sont produits par la phlogose chronique, et suivant lui le meilleur moyen de prévenir la chronicité et de supprimer les phlegmasies (l'injection caustique) est aussi le plus puissant moyen de prévenir les rétrécissements.

M. Debeney n'a jamais pris la précaution de comprimer le périné au moment de l'injection, et il n'a jamais vu d'accidents survenir par suite de la pénétration du liquide caustique dans la vessie; les faits d'ischurie et de strangurie qu'on a cités comme suite des injections à faible dose, seraient pour lui une nouvelle preuve que le nitrate d'argent en petite proportion agit comme stimulant, et qu'au degré caustique il agit tout autrement.

C'est à nos confrères à juger du

mérite de la médication proposée par M. Deheney. Historien fidèle de la marche journalière de l'art, nous nous hornons à leur présenter aujourd'hui l'analyse exacte de son travail. (*Journ. de Méd. de Lyon*, juillet 1842.)

BOUCHE (*Sur une affection morbide nouvelle de la*) *produite par le contact du chanvre*. Un grand nombre d'auteurs, Morgagny, Ramazzini, Juncker, Wickemann, Bertrand, Gosse de Genève, d'Adrun, etc., ont écrit des traités sur les maladies des artisans; d'autres, tels que Berti, Rigoli, Marcandier, Nuvolone, Calvini, etc., se sont occupés plus particulièrement des ouvriers qui travaillent au chanvre; mais aucun de ces auteurs n'a parlé d'une lésion particulière occasionnée sur la langue et la muqueuse huccale par le contact prolongé du chanvre. C'est sur cette affection, non décrite jusqu'ici, que M. Toulmouche, professeur à l'école de médecine de Rennes, vient fixer l'attention de ses confrères.

M. Toulmouche est médecin de la maison centrale de détention de Rennes, où les prisonniers de l'un et de l'autre sexe sont principalement occupés à la fabrication des toiles à voiles. Cette industrie comprend trois opérations, 1° le peignage et le pilage du chanvre; 2° son filage; 3° son tissage au moyen des métiers.

Dans les ateliers de peignage et de filage, les ouvriers respirent au milieu d'une atmosphère chargée de poussière et d'aigrettes fines irritantes qui exercent une fâcheuse influence sur les organes respiratoires. Les individus les plus robustes résistent seuls à ces fâcheux effets. Chez un grand nombre d'autres il survient des hronchites aiguës et surtout chroniques, des pneumonies, des emphysèmes pulmonaires. Les récidives de ces irritations de la poitrine y entretiennent un état fluxionnaire qui finit par développer l'affection tuberculeuse chez plusieurs prisonniers.

Quoique l'affection spéciale de la bouche dont il va être question ait été observée chez quelques ouvriers pileurs et chez quelques femmes qui, par la nature de leurs travaux, n'avaient pas besoin de porter la filasse à leur houche, et que dans ces cas la maladie fût évidemment produite par l'action locale de la poussière irritante et délétère se dégageant du chanvre, néanmoins on doit établir que c'est au contact continuel sur la muqueuse huccale et sur la langue de cette substance végétale qu'est due l'inflammation spécifique observée par M. Toulmouche, et dénommée par lui *inflammation érosive des papilles et de l'épithélium de la langue, et érythémateuse de la muqueuse palatine et staphylienne de la bouche*.

C'est dans les ateliers de filage du chanvre, où plus de deux cent cinquante femmes détenues sont sans cesse occupées, que cette maladie est presque exclusivement observée. Les causes qui la développent sont, d'une part, l'action du chanvre lui-même, dont toutes les parties sont très-âcres, et qui est porté à la boucho pour y être insalivé, puis l'action mécanique et continue des doigts sur la langue dans l'acte du filage. Il résulte de ces actes une excitation continuelle des glandes salivaires, l'éréthisme, la rougeur et l'état douloureux de la muqueuse qui tapisse la face interne des lèvres, des joues, la voûte et le voile du palais, et la paroi postérieure du pharynx; et sur la langue une destruction partielle ou totale de l'épithélium qui en recouvre la face dorsale. Ces accidents seraient évités si on pouvait déterminer les fileuses à se servir d'une éponge mouillée au lieu de leur salive pour façonner leur fil.

Les symptômes les plus constants de cette maladie, sont: une salivation abondante, de la chaleur dans toute la houche, de la douleur avec ou sans sentiment de hrûlure dans l'action de mâcher, dans celle d'avaler soit la salive, soit les aliments, ou celle de parler, surtout le soir, une sensibilité exquise de la langue allant jusqu'à la souffrance dans ses mouvements et son contact avec les arcades dentaires; dans quelques cas la douleur s'étend du pharynx jusqu'à la partie inférieure du cou, et donne une sensation de constriction à la gorge. — Si l'on examine l'intérieur de la bouche, on trouve la face supérieure de la langue d'un rouge vif, ses papilles de même couleur, hérissées, très-douloureuses lorsque les aliments, les dents ou les doigts les touchent. Il y a diverses érosions de l'épithélium de ces organes; quelquefois elles sont triangulaires, en commençant à la base et s'élargissant à la pointe; d'autres fois elles forment de l'un et de l'autre côté de la ligne

médiane deux bandes rouges. Quand l'affection est à un faible degré, les papilles sont seules enflammées, mais la membrane muqueuse est intacte ou seulement érodée par petits points; mais dans les cas les plus graves, l'épithélium est en majeure partie détruit; la langue est lisse, d'un rouge vif, sans aucun velouté, et çà et là elle est labourée par des fissures superficielles ou plus profondes.—L'inflammation commence toujours par la langue et s'étend ensuite au reste de la muqueuse buccale. Alors on voit à la voûte palatine une rougeur érythémateuse consistant en une quantité innombrable de petites éminences miliaires ou points d'un rouge vif, s'étendant presque toujours au voile du palais; la paroi postérieure du pharynx et les amygdales sont fréquemment rouges, de même que, mais plus rarement, la face interne des joues. Les gencives sont généralement saines. Jamais cette affection n'a été accompagnée de fièvre.

M. Toulmouche a reconnu quatre degrés à cette affection; le premier est caractérisé par l'érythème et l'inflammation des papilles sans érosion de l'épithélium; dans le second il y a destruction partielle de l'épithélium; le troisième se distingue par l'aspect lisse général de la face dorsale de la langue, dû à la totale destruction de son épithélium; enfin le quatrième est caractérisé par la destruction générale ou partielle de l'épithélium, et des fissures plus ou moins nombreuses.

Du reste, cette maladie n'est point grave; sa durée moyenne a toujours été de trois à cinq jours; jamais elle n'a été moindre de trois, mais, excepté dans quelques cas exceptionnels, elle n'a pas dépassé sept jours. M. Toulmouche a expérimenté les gargarismes émollients avec l'eau d'orge et le miel, les gargarismes avec le sous-borate de soude à la dose de 4 à 8 gramm. par 500 gramm. de liquide; ceux avec le sulfate acide d'alumine et de potasse à la même dose; enfin des gargarismes opiacés tantôt avec 24 gouttes de laudanum, tantôt avec 30 ou 60 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Il donne la préférence aux gargarismes opiacés et aux gargarismes émollients, quoiqu'il n'ait observé qu'une très-faible différence de durée avec les autres.

Les récidives sont fréquentes si les fileuses qui ont été atteintes de l'affection continuent à porter la filasse à leurs lèvres et leurs doigts sur leur langue; elles n'auraient plus à craindre de rechute, ou du moins beaucoup plus rarement, si elles évitaient de le faire, en se servant d'une éponge mouillée; mais il est difficile de les y assujettir, car sur un relevé de 318 malades, M. Toulmouche a noté 161 cas de récidive. (*Gaz. Méd. de Paris*, août 1842.)

CALCULS DE LA PROSTATE (*Des*). Sous ce titre M. Velpeau vient de faire publier un article qui résume très-exactement les diverses circonstances pathologiques dans lesquelles on observe les calculs de la prostate, en même temps qu'il fait connaître l'opinion de l'auteur sur les moyens généralement usités pour obvier aux graves inconvénients que ces calculs déterminent: c'est là un travail essentiellement pratique, et l'extrait que nous en donnons mérite de fixer l'attention de nos lecteurs.

On rencontre dans la prostate plusieurs espèces de calculs qui se localisent, soit dans son tissu lui-même, soit dans une caverne, ou seulement dans la portion dite prostatique de l'urètre. Leur dépôt dans ces parties ne s'effectue pas toujours de la même manière. Ils peuvent directement provenir de la vessie et s'engager dans la prostate par l'effort d'impulsion qui leur est communiqué par les urines au moment de leur émission. On les observe non moins fréquemment après l'opération de la taille, surtout lorsque la pierre est friable et qu'on n'a pas pu l'extraire en entier: il est possible dans ce cas que quelques parcelles écailleuses restent enfermées dans la prostate; trois choses alors pourront arriver: ou la plaie se fermera complétement et le fragment deviendra ainsi le noyau d'un abcès dans le tissu de la glande qui le contient; ou la plaie de la prostate ne se cicatrisant que dans une portion de son étendue, se convertira en fistule; ou enfin cette plaie se cicatrisera complétement sur ses deux côtés et enserrera de toutes parts le calcul, qui s'accroîtra lentement au point de ne déceler son existence qu'au bout de dix ou quinze ans, terme dont Louis a cité plusieurs exemples dans un mémoire à l'Académie de chirurgie. Notez que le fragment de pierre a d'autant plus de tendance à s'engager dans le tissu même de la prostate, que c'est cette glande qui est surtout divisée dans la lithotomie.

Les calculs prostatiques peuvent encore se développer par le procédé suivant : un individu a subi l'opération de la taille; la plaie n'est pas cicatrisée au périnée; il y a alors là une espèce de cul-de-sac dans lequel l'urine va staguer; il peut s'y former un dépôt des sels urinaires comme dans la vessie, ou une parcelle du calcul extrait s'y fixera ; dans les deux cas il en résulte un calcul qui proéminera bientôt du côté de l'urètre ou du périnée. Enfin on trouve encore dans la même région les calculs qui s'accumulent dans le petit creux qu'on trouve sur les côtés du vérumontanum.

En résumé, les calculs prostatiques forment trois classes principales :

1° Les calculs qui y sont arrêtés alors qu'il y a destruction et altération de la glande;

2° Ceux qui résultent do l'opération de la taille, soit qu'ils se développent dans le tissu même de la glande;

3° Ou qu'ils soient retenus dans la portion prostatique de l'urètre sans qu'aucune altération de la glande coïncide avec cette rétention.

Pour extraire ces calculs, les procédés varieront suivant les cas.

On incisera le périnée ou même le rectum, si le calcul proémine vers ces parties; s'il est au contraire accessible par l'urètre, on tâchera de le saisir avec les pinces de Hunter, ou autres semblables. Dans le cas où cette extraction devient impossible, les praticiens sont partagés entre deux procédés, qui consistent l'un à pratiquer une boutonnière au canal de l'urètre, l'autre à repousser le calcul dans la vessie, ainsi que le conseille M. Ségalas; M. Velpeau pense que la boutonnière ne doit être acceptée que comme pis-aller, et qu'entre elle et le second moyen il n'y a pas à hésiter, quoiqu'il soit souvent très-difficile d'agir sur ce fragment de pierre, une fois qu'on l'a rejeté dans le réservoir urinaire. C'est là un inconvénient très-minime en comparaison des accidents de la boutonnière; aussi partageons-nous l'opinion du professeur de la faculté. (*Gaz. des Hôp.*, août 1842.)

DIABÉTÈS SUCRÉ. M. le docteur Combes, professeur à l'école de médecine de Toulouse, rapporte une observation de diabétès sucré remarquable par la cause qui l'a produit et par la rapidité de la guérison. Un curé âgé de trente-quatre ans, grand et bien constitué, et n'ayant jamais eu le moindre accident du côté des voies urinaires, but une grande quantité d'un vin qu'on appelle *vin doux* dans le pays, et qui consiste dans le suc de raisin soutiré et mis en futailles avant la fermentation. Peu de jours après il éprouva une indisposition dont voici les symptômes principaux : bouche sèche, pharynx brûlant, soif vive, appétit assez prononcé, sommeil court, lassitude spontanée, faiblesse musculaire générale. Bientôt la soif devint de jour en jour plus ardente, la sécrétion urinaire et l'émaciation augmentèrent d'une manière effrayante. Le malade buvait en vingt-quatre heures 3 kilogrammes de liquides, et rendait dans le même espace de temps 6 kilogrammes 1/2 d'urine d'une couleur légèrement citrine, n'ayant pas l'odeur caractéristique de ce fluide, et ayant une saveur manifestement sucrée. Les procédés chimiques démontrèrent dans cette urine une notable quantité de sucre. Le malade fut soumis à un traitement tonique et nutritif; son régime fut complétement animal; à peine lui fut-il permis de manger 50 grammes de pain avec des viandes rôties et grillées; il fut mis à l'usage du vin de Bordeaux, et ne prit pour boisson ordinaire qu'une décoction concentrée de gentiane, de colombo et de substances astringentes. On proscrivit absolument toutes les substances dans lesquelles entre le sucre et les fécules diverses. Au bout de six jours de traitement il y avait déjà une grande diminution dans la sécrétion des urines, dans la soif et dans l'appétit; l'urine avait son odeur caractéristique et une couleur jaune paille prononcée. Déjà, par les réactifs, on y trouvait de l'urée qui n'y était pas auparavant. Par la continuation du même régime, l'amélioration fut croissante, et ce prêtre était, au bout de six semaines environ, en si bon état de santé, qu'il voulut reprendre les fonctions de son ministère. Ayant voulu, à la fin du carême, observer les lois d'abstinence que prescrit l'Église, la soif et les autres symptômes diabétiques reparurent; il fallut qu'il revînt promptement au régime tonique pour faire disparaître les accidents et obtenir un retour graduel à la santé, qui est aujourd'hui parfaite. — Les changements survenus dans l'urine chez ce malade ont complétement confirmé

cette assertion de M. Bouchardat, que chez les diabétiques comme chez les personnes en santé, la proportion d'urée contenue dans l'urine est relative à la quantité d'aliments azotés dont ils font usage. L'on y a vu aussi que la soif des malades, la quantité de leur urine et sa composition sont en rapport avec la quantité des aliments sucrés et féculents dont ils font usage; que si on diminue ou que l'on supprime ces aliments, la soif et les autres symptômes suivent immédiatement une marche rétrograde. (*Gaz. méd. de Paris*, août 1842.)

HERNIE ÉTRANGLÉE (*Corps étranger dans l'intestin mettant obstacle au cours des matières après le débridement d'une*). Il est peu de questions en chirurgie qui aient été plus étudiées que celle des hernies; l'étranglement de ces tumeurs surtout a été le sujet de recherches si nombreuses qu'il semble que l'observation ne puisse plus rien y ajouter. Voici cependant un fait signalé par M. Denonvilliers, chirurgien suppléant de l'hôpital Saint-Antoine, fait dont la pratique pourra s'éclairer dans un cas analogue.

Un homme de soixante-dix ans se présente le 28 juillet à l'hôpital Saint-Antoine; il porte depuis trois jours dans l'aine une tumeur survenue après des efforts infructueux pour aller à la garde-robe; cette tumeur est rouge, douloureuse, s'accompagne de vomissements de matières verdâtres, et les selles sont complétement suspendues depuis son apparition; la présence d'une hernie crurale étant constatée, et toutes les tentatives de réduction ayant échoué, l'opération du débridement fut pratiquée le 29 au matin : il porta d'abord sur le collet du sac, que le chirurgien attira le plus possible au dehors à l'aide de deux pinces à disséquer; la réduction tentée après ce premier débridement fut tout à fait impossible; le doigt porté dans l'anneau crural apprit que le cercle qu'il formo était fort étroit et très-résistant. Une sonde cannelée fut alors introduite entre l'intestin et le ligament de Gimbernat, qui fut à deux reprises différentes incisé dans l'étendue d'un centimètre, pour parvenir à réduire l'intestin. Le malade succomba dans la soirée avec tous les symptômes d'une péritonite, sans qu'on ait pu obtenir une seule garde-robe, malgré l'administration du calomel et d'un lavement purgatif.

L'autopsie permit de constater l'existence d'adhérences couenneuses entre l'anse intestinale réduite et les parois de l'abdomen : l'anse herniaire répondait à l'union des deux tiers supérieurs de l'intestin grêle avec son tiers inférieur; toutes les anses intestinales supérieures étaient gorgées de matières fécales, gonflées, enflammées, couvertes de pseudo-membranes : les anses inférieures étaient modérément tendues, sensiblement moins volumineuses et se laissant déprimer facilement; dans l'anse herniaire avant qu'elle fût ouverte, on à travers ses parois, on sentait un corps globulaire résistant, du volume d'une bille ordinaire. L'anse ayant été ouverte, on en vit sortir une petite masse, arrondie, jaune, lisse et dans laquelle on reconnut une cerise entière qui paraissait avoir été préparée par la macération dans l'eau-de-vie, et à laquelle manquaient la queue et le noyau. Ce corps étranger était placé précisément vers le point le plus inférieur de l'anse herniaire, et formait là une sorte de bouchon embrassé par la partie correspondante de l'intestin. Nul doute qu'il n'ait contribué beaucoup par sa présence à empêcher le rétablissement du cours des matières, et qu'il n'ait été en grande partie cause de leur rétention.

Ce fait ne sera pas perdu pour les praticiens; ils y trouveront un double enseignement : d'abord, pour ne parler que de l'étranglement, chez le malade qui fait le sujet de cette observation, il n'est pas douteux qu'il n'ait été produit à la fois par le collet du sac et par l'anneau crural. Que penser dès lors de l'opinion de certains anatomistes qui ont nié que les anneaux aponévrotiques pussent être une cause d'étranglement dans les hernies? — Si maintenant nous nous reportons à la présence du corps étranger dans l'anse intestinale, en supposant qu'il s'y trouvât au moment de la réduction, le précepte sera d'attirer au dehors le plus possible de la partie inférieure de l'intestin, et d'y engager par des pressions modérées ce corps étranger, pour peu qu'en raison de son volume on de sa consistance on soit porté à craindre qu'après la réduction de la tumeur herniaire il ne puisse, par les seuls efforts de l'intestin, franchir le point de l'anse intestinale sur lequel l'é-

tranglement aura plus particulièrement agi.

Dans l'observation que nous avons rapportée, il paraîtrait que la cerise ne s'est engagée dans l'anse intestinale herniaire que consécutivement à la réduction. C'est un cas que le chirurgien ne pouvait prévoir et auquel il lui était impossible de remédier. (*Gaz. des Hôp.*, août 1840.)

PHILOSOPHIE MÉDICALE. La manière de raisonner en médecine est bien différente. Les uns ne veulent faire consister la science que dans une théorie, dans un système, dans une doctrine capables de rallier tous les faits; ils pensent qu'il ne peut y avoir de médecine ni de vrais médecins sans la condition d'une loi autour de laquelle viendraient se grouper les cas pathologiques, qui, généralisés ainsi, permettraient de rechercher leurs rapports communs et de remonter alors des effets aux causes. Nous nous plaisons à reconnaître que le but de ceux qui raisonnent de cette manière est noble et élevé, qu'il serait beau de le poursuivre s'il était possible d'espérer d'atteindre un jour cette perfection si désirée de la science médicale, savoir, une doctrine irréprochable, ayant des lois fixes comme l'astronomie et la chimie, d'après lesquelles l'on pût tout connaître, tout expliquer. Mais en peut-il être ainsi, lorsque nous voyons depuis tant d'années des systèmes si opposés se succéder les uns aux autres, se renverser mutuellement et ne laisser après eux que des décombres? Force a été à la génération actuelle, après tant de mécomptes, de revenir à la philosophie médicale antique, étouffée depuis quarante années sous ce pêle-mêle d'idées et de doctrines, du choc desquelles il a pu résulter quelques vérités de détail, mais non une seule idée mère et fécondante.

Ces réflexions nous sont venues à la lecture d'une discussion qui a eu lieu dans l'intérieur de la Société de médecine de Gand, Société connue dans le monde médical par la distinction de ses membres, le 13 juillet dernier, à l'occasion d'un mémoire sur les *Systèmes en médecine*, envoyé par un des correspondants de cette Compagnie, M. le docteur Jourdain. Nous nous associons complétement, nous qui nous adressons aux praticiens, aux sages paroles suivantes, prononcées dans cette occasion par M. le professeur Guislain :

« Eh! messieurs, à coup sûr l'auteur n'a pas éprouvé encore au lit du malade ces mécomptes par lesquels nous sommes tous passés au début de notre carrière, quand, la tête farcie de systèmes, nous croyions pouvoir tout comprendre et tout expliquer. C'est la pratique qui tue le système, quelque brillant qu'il soit, et qui le tuera toujours du moment qu'on voudra trop le généraliser. C'est la pratique qui a renversé les pompes de Boerhaave, qui a renversé l'incitabilité de Brown; c'est la pratique qui a réduit à sa juste valeur le système de l'irritation....

» On dira ce que l'on voudra, la seule voie de progrès se trouve dans la marche qu'ont suivie les médecins, les hommes de la pratique et de l'expérimentation : elle réside dans l'accumulation des faits et dans leur sage interprétation....

» On aura beau proclamer que la théorie est l'ancre de salut du médecin, on aura beau vanter les systèmes généraux, toujours nous trouverons la bonne médecine d'observation debout, et elle écrasera toujours de tout son poids ceux qui croient qu'il y a une médecine possible en dehors des faits; elle écrasera ceux surtout qui sont alléchés par la nouveauté et la facilité que peut présenter un système à vues générales. J'aime à le répéter : dans les systèmes généraux se trouvent nos fables, nos romans médicaux; dans l'appréciation des faits isolés se rencontre l'histoire, le vrai de notre science....

» Voilà plus de vingt-deux siècles qu'il y a une science médicale, et on prétendrait que le raisonnement en a été exclu jusqu'ici! On voudrait peut-être me faire dire qu'il n'y a que l'empirisme qui puisse faire avancer la science. Non, messieurs, le médecin raisonne, mais il a un raisonnement à lui, distinct du raisonnement suivi dans la plupart des autres sciences. Il est plutôt artiste, appréciateur intelligent des faits qui se passent sous ses yeux, qu'homme argumentateur et tête métaphysique. Et que l'on envisage la question comme on le voudra, en médecine tout doit, en dernière analyse, venir aboutir à ce point artistique, savoir : guérir. Or, qu'on raisonne anatomie, physiologie, pathologie, thérapeutique, le dernier mot sera toujours celui qui a trait à la guérison du malade; et partant, le

raisonnement des succès ou des insuccès des remèdes employés sera toujours celui qui préoccupera le plus souvent le vrai médecin, le médecin qui traite des malades et sait les guérir. Qu'on ne s'y trompe pas; au début de sa carrière on est bien plus scientifique qu'après quelques années d'observations; on connaît un bien plus grand nombre de faits généraux; mais à mesure qu'on s'attache davantage au lit du malade, les faits généraux se perdent, mais la connaissance des détails augmente dans les mêmes proportions. A la fin, le médecin ne connaît plus que des détails, il ne connaît plus que le raisonnement de l'expérimentation. » (*Annales de la Société de médec. de Gand*, juillet 1842.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*Étude comparative de la*) *chez l'homme et les animaux*. M. Rayer, dont les nombreux travaux offrent toujours un cachet original et une incontestable supériorité, s'est occupé de cette grave et importante question dans un mémoire qu'il a lu récemment à l'Académie des sciences. En attendant que le mémoire de M. Rayer soit publié et que nous puissions porter à la connaissance de nos lecteurs les faits qu'il renferme, nous croyons devoir donner quelques-unes des conclusions qui se rapportent le plus directement à l'étude de la phthisie chez l'homme; les voici :

La phthisie tuberculeuse est de toutes les maladies chroniques la plus généralement répandue chez l'homme et chez les animaux.

Les concrétions tophacées ou calcaires (principalement composées de carbonate et de phosphate de chaux et d'une matière animale) qu'on observe dans les poumons chez l'homme et les animaux ne doivent pas être considérées, ainsi qu'on l'a fait jusqu'à ce jour, comme étant presque toujours une dernière modification du tubercule; elles sont souvent chez l'homme, et très-souvent chez le cheval, le résidu d'un petit dépôt de pus.

La phthisie est héréditaire, mais elle n'est presque jamais congéniale, même à l'état rudimentaire.

Chez les phthisiques, le sperme contenu dans les vésicules séminales offre peu ou point d'animalcules spermatiques.

Les ulcères du larynx, de la trachée et des bronches n'ont pas la même signification chez l'homme et chez les animaux; chez le premier ils indiquent presque toujours la phthisie pulmonaire et parfois la syphilis; chez les quadrumanes une affection tuberculeuse générale; chez les solipèdes, presque toujours la morve.

Nous regrettons de ne pouvoir, à cause de leur étendue, donner les autres propositions dans lesquelles M. Rayer résume ses études sur la phthisie étudiée chez les divers sujets de l'échelle animale; néanmoins nous devons reproduire quelques aperçus généraux sur lesquels M. Rayer a appelé l'attention, en finissant la lecture de son beau travail.

« La continuité que l'anatomie et la physiologie démontrent dans la série animale se manifeste aussi par la pathologie; c'est en vertu des communautés d'organisation que la phthisie tuberculeuse se propage dans tant de vertébrés, jusqu'à ce qu'enfin, les organismes s'abaissant, les caractères du tubercule se confondent et cessent, dans l'état de nos connaissances, d'être appréciables.

Une cause prépondérante dans la production du tubercule chez les animaux, c'est la captivité ou la domesticité, et plus généralement *un changement notable et prolongé dans les conditions naturelles d'existence*. — Le renne venant du Nord, le singe venant du Midi, arrivent tous deux, mis en captivité, au même terme, quelque opposés que soient les points de départ. Cette cause peut être comparée, en raison de son intensité, aux mauvaises conditions de nourriture et de gîte qui, chez l'homme, déterminent si énergiquement la phthisie tuberculeuse. Captivité et domesticité pour l'animal, misère ou fatigue pour l'homme, causes efficaces de phthisie.

Enfin, dans cette vaste série de lésions tuberculeuses variables dans leur aspect, mais toujours les mêmes, chez des animaux éloignés les uns des autres, on reconnaît que la phthisie est le terme commun où aboutissent des perturbations variées de la nutrition, et l'on peut entrevoir que la science, qui, à l'égard du tubercule, est absolument impuissante à guérir, excepté dans de rares occasions, ne doit pas être insignifiante à prévenir. (*Bull. de l'Acad. des Sciences*, août, 1842.)

SANGSUES (*Sur les moyens d'économiser les*). Autrefois l'emploi des

sangsues était moins fréquent et moins considérable, aussi étaient-elles moins chères, et les jetait-on presque toujours lorsqu'elles avaient servi. Aujourd'hui qu'elles coûtent quelquefois 40 ou 50 centimes chaque, on cherche à les faire servir de nouveau; pour cela il faut leur faire dégorger le sang qu'elles ont sucé. Plusieurs procédés de dégorgement sont employés; le premier consiste dans une poudre irritante qu'on jette sur la sangsue; quelques-uns emploient le sel, d'autres le tabac, et lorsque la sangsue a rendu tout le sang qu'elle avait pris, on la met dans de l'eau, où elle reste jusqu'à nouvel emploi. Un autre moyen a été mis en usage; c'est un moyen mécanique qui consiste à presser fortement les sangsues entre les doigts et à opérer cette pression successivement à partir du disque postérieur jusqu'à la bouche; de cette façon le sang contenu dans les cæcums et les renflements ou poches nombreuses qui entourent le canal intestinal est refoulé vers la partie antérieure, surmonte l'obstacle que lui présente d'abord le sphincter de cette partie du canal, ensuite l'obstacle formé par le sphincter de l'œsophage, et sort enfin par la bouche.

M. Derheims, pharmacien à Saint-Omer, qui a fait de nombreuses recherches et a publié un ouvrage sur l'histoire naturelle et médicale des sangsues, s'est convaincu par de nombreuses expériences que ce dernier mode, celui de la compression, est de beaucoup plus avantageux. Ce pharmacien a envoyé à l'Académie de médecine une note à ce sujet, sur laquelle M. Huzard a fait un rapport. C'est par le dégorgement mécanique qu'on vide le mieux la sangsue du sang qu'elle contient, qu'on la rend le plus promptement apte à une nouvelle succion, et qu'on en perd le moins; c'est encore par cette manœuvre qu'on met ces animaux le plus complètement hors d'état de dégorger du sang sur les morsures nouvelles qu'ils sont appelés à faire. Pendant quelque temps les sangsues sont malades des suites de ce vomissement forcé, elles ne cherchent point à mordre; mais bientôt elles reviennent à la santé et elles se trouvent dans la même position que si elles n'avaient point servi à l'usage médical. Si l'on veut chercher à utiliser les sangsues pour de nouvelles succions, la méthode que nous venons de faire connaître est donc infiniment préférable à la plupart de celles qu'on emploie ordinairement. (*Bull. de l'Acad. roy. de méd.*, août 1842.)

SUETTE (*Sur quelques cas de*) *observés à Paris*. M. le docteur Marotte signale trois cas de suette qu'il a observés à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Honoré. Cette affection épidémique, qui a régné cette année sur plusieurs points de la France où elle a frappé un grand nombre d'individus, est extrêmement rare à Paris. M. Honoré, dans le cours de sa longue pratique, ne l'a jamais rencontrée, et M. Rayer, qui connaît parfaitement cette affection puisqu'il l'a observée et très-bien décrite, ne l'a jamais vue. Est-ce que cette affection tendrait à se développer dans la capitale? c'est là la question que l'on peut s'adresser à la lecture de ces faits. Cependant nous n'avons pas connaissance que de nouveaux cas aient été signalés depuis que ceux-ci ont été observés.

Le premier malade atteint de suette est entré à l'Hôtel-Dieu le 29 juillet dernier; c'était un homme de grande taille, garde-magasin chez un papetier; il était âgé de vingt-trois ans. Le second malade, entré le 13 août, était un imprimeur, âgé de trente ans, ayant plus de six pieds et des plus vigoureusement constitués. Le troisième, un charretier, âgé de vingt-quatre ans. Tous trois ont présenté l'ensemble des phénomènes qui caractérisent la suette. Après quelques jours de malaise et d'inappétence ils sont pris tout à coup de céphalalgie, d'abattement considérable avec fièvre, de soif vive, qui les forcent à s'aliter; à cela se joignent bientôt des sueurs qui accompagnent dès le début ces symptômes, on ne tardent pas à s'y joindre, de l'anxiété épigastrique et une lassitude générale. Après cinq à sept jours de maladie on observe une véritable exacerbation des symptômes; c'est alors que les sueurs deviennent véritablement profuses et ne cessent de couler avec la même abondance la nuit et le jour; c'est alors que l'abattement des forces, la somnolence signalés par les auteurs comme plus particuliers à cette période, se montrent dans toute leur intensité; qu'on voit une éruption de papules rouges élevées, irrégulièrement disposées, qui donnent à la peau un aspect chagriné, éruption ana-

logue à celle qu'ont décrite Tessier (épidémie d'Hardevilliers, 1773), et M. Rayer (épidémie de 1821). Chez aucun de ces malades les sueurs ni l'éruption n'ont eu le caractère véritablement critique. Les symptômes ont conservé pendant huit à dix jours au moins toute leur gravité. L'anxiété épigastrique et l'oppression ont existé en même temps que les sueurs, ce qui est un des signes caractéristiques de la suette. Enfin, les symptômes n'ont commencé à s'amender que deux septénaires au moins à dater de l'invasion, et les sueurs constituaient encore un des phénomènes principaux à la fin de la troisième semaine; circonstance notée par tous les médecins qui ont observé la suette. Tous ces malades ont passé rapidement de la maladie à la convalescence, et l'on a noté chez eux l'influence heureuse qu'a eue la ventilation du point de la salle où ils étaient placés sur la diminution des sueurs et la rapidité de leur rétablissement. (*Gaz. des Hôp.*, août 1842.)

TENDON D'ACHILLE (*De la rupture incomplète du*). La possibilité de la rupture complète du tendon d'Achille, quoique vivement contestée à l'époque où J.-L. Petit en publia la première observation, est un fait maintenant acquis à la science; il n'en est pas de même de la rupture incomplète; bien qu'indiquée dans A. Paré, et plus tard démontrée par J.-L. Petit, elle est loin d'être généralement admise. Sabatier en nie la possibilité, et malgré l'autorité de Boyer, qui dit en avoir observé deux exemples, l'opinion du premier fait encore loi pour beaucoup de chirurgiens. C'est donc là un point de pathologie à examiner en même temps qu'une question de diagnostic à résoudre, et c'est dans ce double but d'utilité pratique que nous reproduisons les traits principaux d'un travail que vient de publier M. Laroche, professeur à l'école d'Angers. Pour ce praticien la rupture incomplète du tendon d'Achille est le résultat d'un violent effort produit par la contraction des muscles très-énergiques du mollet; il l'a observée chez deux individus qui en furent atteints en dansant.

Outre la douleur vive et instantanée qui, comme dans la rupture complète, survient immédiatement après que le blessé a entendu un fort craquement et qu'il croit avoir reçu un coup sur le mollet, M. Laroche indique comme signes d'une rupture incomplète les symptômes suivants :

A 5 centimètres au-dessus du talon, il existe une dépression transversale de 15 à 18 millimètres de largeur sur 9 millimètres de profondeur; au-dessus de cette cavité il y a un gonflement léger. L'extension du pied n'est pas douloureuse, et diminue à peine l'étendue de la cavité; dans la flexion au contraire cette cavité augmente ainsi que la douleur.

En saisissant le tendon d'Achille au-dessus et au-dessous de la dépression, on remarque que cette dépression change de place et suit le tendon dans les mouvements latéraux qu'on lui imprime, si bien qu'on peut la rendre oblique si l'on pousse en sens contraire les deux extrémités du tendon partiellement rompu : le doigt couché dans la dépression ou sillon transversal sent une résistance élastique qui cède, et revient lorsqu'on cesse de comprimer. Nous pensons avec M. Laroche que le changement de forme de la jambe sur le trajet du tendon d'Achille est bien le résultat de la rupture incomplète de celui-ci; que les signes en sont évidents, et que la dépression horizontale qu'il indique est due à la rétraction en sens contraire des fibres tendineuses qui se sont rompues; quelle autre cause, en effet, pourrait-on lui assigner? serait-ce la rupture du plantaire grêle, ainsi que l'ont avancé MM. Sanson et Béglu? Pour nous cette rupture, dont l'existence d'ailleurs ne repose sur aucune preuve anatomique, ne nous paraît pas une explication admissible des symptômes qui précèdent; ajoutons qu'au point de vue du pronostic, la rupture incomplète du tendon d'Achille est plus grave que la rupture complète. Cette remarque n'a point échappé à Boyer, et elle se trouve justifiée par les deux malades de M. Laroche, notamment le second, qui cinq mois après son accident continuait à boiter et ne pouvait marcher qu'en s'appuyant sur toute l'étendue de la surface plantaire et en tenant la jambe à demi fléchie.

Quant au mode de cicatrisation des fibres tendineuses qui ont été rompues, M. Laroche constata sur le trajet de la dépression horizontale qui les avait remplacées, une petite tumeur de 3 centimètres d'étendue,

véritable sorte de cal qui n'avait pas été indiqué avant lui : aussi cet honorable confrère a le mérite d'avoir contribué à prouver par des faits l'existence d'une lésion anatomique contestée à tort par quelques pathologistes. (*Bulletin de la Soc. médicale* d'Angers, 1842.)

TRACHÉOTOMIE *faite avec succès dans un cas d'angine scarlatineuse.* La scarlatine a régné épidémiquement à Boulogne-sur-Mer pendant les premiers mois de 1842. Il y a eu des angines graves; mais aucune n'a présenté un danger aussi prochain que celle dont a été atteint le fils, âgé de sept ans, du conservateur des hypothèques de cette ville. A la suite de la scarlatine, qui a débuté le 13 janvier, une angine générale épouvantable est survenue; ni les saignées générales, ni les sangsues, ni les fumigations, ni les purgatifs n'ont pu rien contre elle; les amygdales proéminent fortement en dehors des piliers; leur tissu est ferme, résistant au toucher; elles sont le siége d'une exhalation abondante de mucus filant. Le 20 janvier, la déglutition est impossible, la respiration est très-bruyante, et tellement gênée qu'il y a quatre-vingts inspirations par minutes. Le 21 janvier, l'enfant est sans connaissance, la face violacée, livide, l'anxiété de la respiration extrême, le pouls irrégulier, petit : la mort était imminente. C'est alors que M. le docteur Gorré, chirurgien adjoint de l'hôpital de Boulogne, qui soignait cet enfant, proposa, comme la seule planche de salut, l'opération, quoique chanceuse et très-incertaine, de la trachéotomie. Il la pratiqua le jour même en présence des docteurs Rouxel et Gros. La trachée fut ouverte facilement et sans accidents; une canule d'assez fort calibre fut laissée dans la plaie. Bientôt la respiration diminua de fréquence et le pouls se régularisa; le lendemain, la connaissance n'étant pas revenue et l'affaissement continuant, M. Gorré, pour stimuler le malade, crut utile de faire arriver plus d'air dans les poumons; à cet effet, il adapta à la canule trachéale l'extrémité d'une forte seringue, et il en fit jouer le piston à dix à douze reprises. L'enfant entr'ouvrit les yeux et sembla fixer les objets; la même manœuvre avec la seringue fut répétée chaque demi-heure pendant trois jours, l'état du malade ne cessa pas de s'améliorer. Le quatrième jour après l'opération, la respiration s'exécutait librement par la partie supérieure du tube aérifère; la connaissance était entière, la déglutition exempte de gêne. La résolution de la phlegmasie gutturale étant complétement effectuée par la seule force médicatrice de la nature, M. Gorré retira la canule devenue inutile. Pas un accident n'est venu entraver la convalescence. Un mois s'était à peine écoulé depuis l'opération, que l'enfant jouissait d'une santé excellente; la plaie était presque cicatrisée et la voix avait repris son timbre naturel. (*Journ. des Conn. méd. chir.*, juillet 1842.)

ULCÉRATION *de l'artère thyroïdienne inférieure.* Le fait pathologique que nous signalons n'emprunte pas son intérêt seulement à sa rareté, il est encore la source d'un enseignement pratique.

John Redmond entre à l'hôpital de New-York pour s'y faire traiter d'un engorgement ganglionnaire du cou dont il est atteint déjà depuis quelque temps. Des abcès se sont ouverts, il en est résulté des trajets fistuleux indolores. L'état du malade est assez mauvais; d'une maigreur assez avancée, il a perdu l'appétit. Pendant le traitement, dont la base est l'iode à l'intérieur, une inflammation s'empare des masses ganglionnaires, de nouveaux abcès se forment, et plusieurs clapiers s'établissent sous la peau qu'ils décollent.

Le malade était dans cette mauvaise situation, lorsque le 8 novembre 1840 une hémorrhagie légère se fait jour par une des fistules les plus profondes, située au côté gauche du cou et vers le milieu de cette région. Dans la matinée du 9, nouvelle hémorrhagie plus abondante; le sang est rouge, mais ne jaillit pas par saccades : compression légère, suspension de l'hémorrhagie.

Le 10, hémorrhagie si violente, qu'on dut soupçonner la perforation d'un vaisseau important.

Compression méthodique en attendant qu'on prît un parti définitif. Dans une consultation de plusieurs chirurgiens, et pendant qu'on se livrait à l'examen des parties, le sang jaillit avec force du fond de la plaie à une distance de six pieds; le malade devint pâle et son pouls filiforme. Le docteur Prost procéda immédiatement à la ligature de la carotide.

L'incision des téguments fut faite dans le point correspondant à ce vaisseau, où existait une masse de fibrine réunie et confondue avec les tissus environnants; après une dissection minutieuse et très-difficile, on arriva sur la gaîne de l'artère, que l'on incisa; un corps cylindrique, du volume et de la couleur de celle-ci, fut alors reconnu par tous les chirurgiens pour être l'artère, nonobstant l'absence de pulsation. Le fil fut serré autour de ce que l'on crut être l'artère, mais l'hémorrhagie continua, on comprima vainement; le lendemain, le malade avait succombé.

Une dissection attentive montra que la ligature avec laquelle on avait cru embrasser la carotide avait été serrée autour d'une masse de fibrine, à la vérité contenue dans la gaîne du vaisseau : ce caillot s'étendait en arrière et en bas du côté de l'artère sous-clavière; au fond de la plaie se reconnaissait la glande thyroïde ainsi que l'artère thyroïdienne inférieure, détruite par ulcération dans l'étendue d'un pouce. Cette artère était oblitérée au-dessous de l'ulcération par le travail inflammatoire. Les autres artères étaient saines. (*New-York, Medical Gazette*, fév. 1842.)

— Cette observation renferme pour le praticien plusieurs indications précieuses : d'abord elle le prévient du danger auquel on s'expose en laissant subsister dans le voisinage de vaisseaux importants une phlegmasie ganglionnaire dont le progrès lent, mais incessant, peut déterminer une lésion anatomique promptement mortelle. De là, en thèse générale, le précepte d'extirper le ganglion lymphatique du cou et des autres régions dès que l'on ne peut plus rationnellement en espérer la résolution.

La persistance de l'hémorrhagie, après l'opération pratiquée sur le cou en vue de l'arrêter, ne doit pas surprendre; comment, en effet, pour un vaisseau aussi volumineux que la carotide, et placé à si peu de distance du cœur, un chirurgien peut-il se décider à faire une ligature sans avoir préalablement constaté l'existence des pulsations artérielles, et à *fortiori* quand il s'est assuré qu'elles n'avaient pas lieu? L'état de faiblesse dans lequel se trouvait le sujet de l'opération ne nous semble point une raison suffisante pour couvrir la méprise du chirurgien. Le malade n'a-t-il pas encore vécu jusqu'au lendemain nonobstant cet état de prostration? Aussi ce fait, faussement interprété, à notre avis, dans sa partie opératoire, n'infirme aucunement le précepte fondamental de la ligature des artères, qui prescrit de ne jamais lier définitivement le vaisseau sans en avoir à plusieurs reprises exploré et reconnu les battements.

UTÉRUS (*Des injections dans l'*). Les injections intra-utérines ont donné lieu, dans ces derniers temps, à une vive controverse. Les faits à l'appui de cette médication ont été combattus par des faits opposés, et, après discussion, chacun a emporté ses convictions, se promettant bien sans doute de les appliquer à la première occasion. C'est donc là une question de thérapeutique dont la solution est encore à trouver; or, pour arriver dans cette voie à un résultat utile, il nous suffit de laisser parler l'observation.

La fille L..., âgée de vingt-trois ans, accoucha, le 14 août, très-péniblement et dans des circonstances telles que l'intervention de l'art fut à plusieurs reprises nécessaire. (Laissant de côté les détails de l'observation, passons au point qui nous intéresse.) Tout allait bien, lorsque le 12 octobre, à la suite d'une injection vaginale dans laquelle l'olive de la canule fut portée très-haut, et le liquide poussé brusquement, la fille L... ressentit aussitôt dans les lombes une horrible et accablante douleur. On fut obligé de la transporter dans son lit, tant les forces l'avaient abandonnée.

La figure était froide et d'une pâleur violâtre, les pieds et les mains étaient glacés, le pouls était imperceptible; la malade pouvait à peine articuler quelques plaintes. (Potion éthérée, vin chaud, sinapismes sur les bras et les jambes.)

Le lendemain, tension de l'hypogastre avec très-vive douleur à la pression la plus légère, ballonnement intestinal, faiblesse extrême, pouls filiforme et rapide.

Le troisième jour, le pouls se relève, 130 pulsations. Sous l'influence des purgatifs et des frictions mercurielles, la fille L... échappa à un danger imminent. Au huitième jour, l'accident avait disparu.

Chez la femme P..., le résultat ne fut pas aussi satisfaisant. Nouvellement accouchée, elle fut soumise à des injections intra-utérines, avec une légère infusion de quinquina et

de camomille, dans le but de débarrasser l'utérus des caillots qu'il renfermait. M. Négrier pratiqua lui-même la troisième injection; la canule fut introduite à la profondeur de 2 centimètres dans le col, et le liquide fut poussé par une pression vive et assez forte. La quantité de liquide injectée peut être estimée à 60 grammes.

La malade ressentit *instantanément* une douleur lombaire et un extrême accablement, sensation d'un froid intérieur subit, et tremblement général très-pénible. Elle répéta plusieurs fois qu'elle allait mourir. Les traits du visage se grippèrent, la respiration s'embarrassa presque aussitôt, et la malade, malgré tous les soins qu'on lui donna, succomba vingt-neuf heures après l'injection.

On constata des traces d'une inflammation modérée de la matrice et du péritoine pelvien.

En présence de ces deux faits rapportés par un honorable confrère, longtemps partisan lui-même des injections intra-utérines, il n'est plus permis de douter des chances funestes qu'elles font courir aux malades. Aussi doit-on les proscrire d'une manière absolue, surtout pour les femmes nouvellement accouchées chez lesquelles, en outre des trompes utérines où l'injection peut pénétrer pour être de la portée dans le péritoine, l'ouverture béante des sinus utérins permet aussi le passage du liquide et de l'air dans les veines, autre source d'accidents promptement mortels, et qu'on ne peut révoquer en doute depuis les expériences de M. le docteur Nélaton. (*Bull. de la Société médic. d'Angers*, 1842.)

VIRILITÉ (*Exemple remarquable de la perte des insignes de la*). Le virus syphilitique a d'étranges effets, mais nous n'en connaissons pas de plus extraordinaires que ceux qui se sont montrés chez un graveur, âgé de trente ans, nommé Charles Prince, couché au n° 4 de la salle 8, à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Puche. Cet homme, fort, vigoureux, bien développé, dont la barbe était noire, longue et bien fournie, a servi sept ans et n'a eu son congé qu'à la fin de 1839 en revenant d'Afrique. La jeunesse de cet homme a été fort orageuse; adonné aux femmes, il a pris successivement et presque chaque année depuis 1830, de nouvelles affections syphilitiques qui ont été traitées par les mercuriaux à l'hôpital du Midi et au Val-de-Grâce. Ce sont d'abord des chancres au gland et au prépuce en 1830 et en 1832, puis un bubon et des chancres en 1833, suivis d'ulcérations à la gorge en 1835, en 1836 de syphilides sur la peau; enfin en 1838, à l'hôpital du Dey, à Alger, il est pris d'une céphalalgie d'une acuité extrême, suivie plus tard d'une exostose du frontal et d'une carie avec ramollissement des os propres du nez.

C'est bien là un exemple de syphilis constitutionnelle des mieux conditionnées. Mais voici des phénomènes insolites et des plus curieux. Au bout d'un mois de la céphalalgie dont nous venons de parler, les formes athlétiques que présentait ce malade ont disparu; ses membres sont devenus chétifs et grêles, ses cheveux, sa barbe, ses favoris, ses moustaches s'en sont allés poil par poil; les poils du pubis tombent également tous sans exception; la verge, les testicules, autrefois d'une dimension normale, s'atrophient outre mesure.

Entré le 26 janvier dernier à l'hôpital du Midi pour la cinquième fois, cet homme, qu'on avait connu bien développé, vigoureusement constitué, offre les formes et les allures de la femme; sa peau est d'une blancheur parfaite, douce au toucher; un léger duvet recouvre à peine les régions où le système pileux était auparavant fort développé; sa démarche est nonchalante, ses mouvements lents et mesurés, son regard craintif : à ne voir que la main et les gracieux contours que donne à tout son corps un tissu cellulaire abondant, on nierait le sexe. Les organes génitaux sont ceux d'un enfant de cinq ans; leur blancheur, leur forme, leur volume, tout le ferait croire; le toucher perçoit deux apparences de testicules de la grosseur d'une noisette. Le moral s'est montré esclave du physique chez ce sujet; en perdant les organes, il a perdu les sentiments; son caractère est doux, soit intelligence obtuse; il n'a plus de mémoire. C'est le type du tempérament lymphatique.

Par suite du traitement qui a été fait depuis six mois à ce malade, entré avec des douleurs ostéocopes générales, une tumeur lacrymale et une carie des os du nez, sa constitution s'est améliorée. Les progrès effrayants de cet étiolement général

ont été arrêtés; le léger duvet qui recouvrait les régions autrefois abondamment pourvues de barbe et de poils devient plus touffu et noircit; cela se remarque surtout aux moustaches. Les organes génitaux eux-mêmes reviennent un peu de leur inertie; il y a eu deux érections, les seules qu'il ait éprouvées depuis son bon temps. Du reste, toutes les douleurs ont disparu, et la carie des os du nez s'améliore. On a obtenu ce résultat par une bonne alimentation et l'usage journalier de 25 à 100 grammes d'un sirop dont les médicaments actifs sont indiqués dans la formule suivante:

Iodhydrargirate neutre de potassium	1	gram.
Iode pur	1	—
Protoiodure de potassium	100	—
Eau distillée	398	—
	500	gram.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*, août 1842.)

VOMIQUE, *suite d'apoplexie pulmonaire.* L'on a révoqué en doute qu'il pût se faire au milieu même du parenchyme pulmonaire des collections purulentes, suite de l'inflammation, qui, trouvant tout à coup une issue dans les bronches, donnât lieu à une expectoration subite et très-abondante de pus. On a dit que les vomiques, dont les auteurs anciens nous ont laissé de nombreux exemples, ne pouvaient être la conséquence du tissu pulmonaire enflammé et de la gangrène, ni le résultat de la fonte d'une grande masse tuberculeuse agglomérée dans un seul point: car dans ce dernier cas c'est successivement que les tubercules doivent se ramollir et se fondre, et la matière se faire peu à peu, et successivement, jour au dehors; l'on a voulu donc établir l'opinion qu'il n'y avait de véritables vomiques que celles qui se constituaient de l'expulsion d'une masse puriforme ramassée dans la plèvre et se faisant jour dans les bronches. Cette opinion de nos modernes pathologistes était trop absolue. Voici un fait bien authentique, bien clair, dont nous allons présenter l'analyse, qui, joint à ceux que l'on possède déjà, prouvera la fausseté du principe qu'on a voulu établir.

A l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, a été reçu, le 17 mars 1842, Baptiste Moreau, maçon, âgé de trente ans, et d'une excellente constitution. Étant au travail et parfaitement bien portant le 12 mars, il but, ayant très-chaud, un verre d'eau froide. Aussitôt il fut pris d'un vomissement de sang pur, dont la quantité est évaluée par lui à deux grands verres; il suspendit son travail et se mit au lit. L'hémorrhagie ne reparut pas. Le 17, se sentant plus malade, il se fit apporter à la Charité. Le 18 il avait une fièvre violente avec délire; il avait de l'oppression et une douleur dans tout le côté gauche de la poitrine. L'auscultation ne fit rien reconnaître à droite; à gauche, pour tout phénomène, on ne nota, dans tout le cours de la maladie, que l'absence de sonoréité antérieurement et extérieurement à la partie moyenne; le sommet du poumon est d'ailleurs sain. Pendant vingt-cinq jours la médication antiphlogistique la plus énergique (six saignées, quarante ou cinquante ventouses scarifiées et plusieurs vésicatoires sur la poitrine) n'avaient nullement amélioré l'état du malade; il y avait là quelque chose d'anormal et d'insolite qui rendait le diagnostic irrésolu. Enfin, le vingt-sixième jour dans la nuit, ce sujet qui, malgré sa toux et ses douleurs, n'avait que fort peu maigri et ne présentait aucun des signes ni physiques ni rationnels de la phthisie pulmonaire, fut pris tout à coup d'une expectoration abondante, ou plutôt d'un vomissement de pus; il en rendit dans cette nuit une bassine pleine. Pendant les douze jours qui suivirent il remplit encore chaque jour de pus plusieurs crachoirs. Dans les cinq ou six derniers jours que dura cette abondante expectoration, le pus changea de nature; il devint jaune, vert ensuite, et il fut mêlé de détritus, en morceaux assez considérables quelquefois pour égaler la grosseur d'un haricot. A peine le pus eut-il commencé à être rejeté qu'une amélioration des plus frappantes se manifesta dans l'état du malade; la fièvre cessa; la douleur ne tarda pas à devenir moindre, puis à disparaître; l'appétit commença à revenir peu à peu, les forces se rétablirent, l'expectoration cessa, et le malade ayant recouvré la santé, sortit de l'hôpital. La poitrine auscultée et percutée avant la sortie ne présente aucun signe de tubercules; l'état général était extrêmement satisfaisant, cet homme paraissait plein de force et de santé. (*Gazette des Hôp.*, août 1842.)

VARIÉTÉS.

Ordonnance de police sur la morve. — Une ordonnance de police qui prescrit des règlements sanitaires en vue de s'opposer à la contagion de la morve, et de préserver de cette horrible maladie les individus qui font leur état de panser les chevaux, a été rendue en date du 21 août dernier. Cette amélioration était urgente, et a été vivement et longuement sollicitée par les médecins qui, dans ces derniers temps, ont vu de si tristes et de si nombreux résultats de l'incurie qui régnait à cet égard. Il faut espérer que les mesures prescrites auront l'efficacité qu'on en attend, et que les hôpitaux de Paris ne présenteront plus le déplorable spectacle d'individus en proie à toutes les horreurs d'une affreuse infection pour laquelle l'art est jusqu'alors stérile et impuissant.

Fraudes des droguistes. — Le tribunal de police correctionnelle vient de condamner à 500 francs d'amende un droguiste-pharmacien de la rue des Lombards, dans l'officine duquel se commettaient les fraudes les plus coupables. Ainsi, il a été reconnu que le laudanum ne contenait pas un atome d'opium, que l'onguent mercuriel était composé d'axonge et de noir de fumée, que la farine de graine de lin n'était que de la sciure de bois, que tous les sirops étaient adultérés, etc. La sévérité du tribunal sera, nous l'espérons, d'un bon exemple, et mettra un terme à une spéculation si complétement immorale. Les fraudes commises par les pharmaciens-droguistes sont d'autant plus dangereuses, que c'est chez eux que se fournissent de médicaments la plupart des pharmaciens et des médecins ruraux.

Modifications aux examens et aux concours.— D'après un arrêté récent du conseil royal de l'instruction publique, le troisième examen pour le doctorat en médecine comprendra, à dater du 1er avril prochain, outre les épreuves déjà en vigueur, une épreuve de médecine opératoire.

D'après un autre arrêté, à l'avenir, lorsque dans les concours de l'agrégation le nombre des concurrents sera double du nombre des places à donner, le jury dressera une liste, après la première épreuve, d'après laquelle seront seuls aptes à subir les autres épreuves du concours ceux que le jury y aura inscrits.

Retraite de M. Ribes. — De grandes mutations viennent d'avoir lieu dans le personnel des médecins et chirurgiens des hôpitaux militaires. Un fait qui a étonné et douloureusement impressionné le public médical, c'est la mise en retraite de l'honorable M. Ribes, qui occupait très-dignement le poste de médecin en chef des Invalides. On ne se rend pas compte de cette disgrâce imméritée, qui frappe un des plus dignes représentants de la médecine militaire, et un homme qui pouvait encore rendre à la science et à l'humanité de nombreux services.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ABUS DES MÉDICAMENTS OU POLYPHARMACIE. RAPPEL A LA SIMPLICITÉ DES FORMULES.

Le mot polypharmacie, qu'on emploie toujours en mauvaise part, exprime l'usage où sont quelques médecins d'administrer beaucoup, ou pour mieux dire, trop de médicaments. Cet abus, si répandu dans la pratique, peut s'offrir sous plusieurs formes; il consiste : 1° à donner des médicaments très-composés, tels que ceux dont on rencontre encore les formules dans les recueils les plus modernes, voire même dans le *Codex;* 2° à prescrire des remèdes simples, mais en grand nombre à la fois; il est tel praticien qui se croit obligé de grever régulièrement son malade 1° d'une tisane, 2° d'une potion, 3° de pilules, 4° d'un liniment, etc.; 3° à changer souvent les remèdes, simples d'ailleurs, qui sont mis en usage. Le peuple estime particulièrement le médecin qui chaque jour varie les prescriptions, et nous savons tel praticien qui croirait voler ses honoraires et porter atteinte à sa réputation s'il ne modifiait à chaque visite les prescriptions précédentes.

Pour faciliter la narration, nous conviendrons de désigner ces trois formes sous les noms de polypharmacie 1° *complexe,* 2° *multiple,* 3° *changeante.*

Les grands praticiens de tous les temps se sont élevés contre l'abus des médicaments. La polypharmacie complexe était ignorée des médecins de l'antiquité, de ceux de l'école hippocratique en particulier, lesquels n'employaient guère que des substances simples. Ils usaient également fort peu de la polypharmacie multiple, car ils mettaient toute leur gloire à tirer de profonds pronostics et à guérir leurs malades. Quant à la polypharmacie changeante, elle est déjà stygmatisée dans les œuvres d'Hippocrate, et notamment dans l'aphorisme LII de la section IIe : « Quand votre conduite est rationnelle, et cependant sans succès, ne vous hâtez pas de passer à d'autres moyens, tant que subsiste ce que vous avez vu dès l'origine. » (*Aphor*. d'Hipp., trad. de Pariset.)

Celse condamne implicitement la polypharmacie en posant cet axiome : « Un aliment administré à propos est un excellent remède. » (*De re med.*)

Galien, au rapport de Botal, a parfaitement signalé le principal inconvénient de la polypharmacie, au point de vue scientifique : « Il n'est

rien, dit le médecin de Pergame, qui rende la médecine plus conjecturale que la quantité des médicaments. » (Botal; *de Curat. per sang. miss.*, cap. XXIV.)

La polypharmacie, en général, fut une invention propre des Arabes et des chimistes des siècles passés. Le mordant Guy-Patin désignait les polypharmaques de son temps sous le nom de *cuisiniers arabesques.* « Ce sont surtout les médecins arabes, dit Chirac, qui, par un charlatanisme indigne de notre art, ont appris à leurs successeurs à multiplier et à prodiguer de petits remèdes dont le succès se réduit à amuser le caprice des malades ou à les asservir plus longtemps à une avidité honteuse. » (Chirac, *Fièv. malig.*)

Néanmoins l'époque de la renaissance, en rétablissant le libre arbitre scientifique et le culte de la raison, n'a pas détrôné la polypharmacie. Ce phénomène paradoxal dérive de deux causes : c'est qu'en renversant les théories surannées ou mystiques des siècles passés, on a cru devoir conserver les drogues dont la routine, déguisée sous le beau nom d'expérience, avait, dit-on, sanctionné l'efficacité. En second lieu, les auteurs, tout en fulminant contre la polypharmacie, n'y sacrifiaient pas moins eux-mêmes, soit par imitation, soit pour satisfaire à leurs propres théories, soit encore pour suppléer à l'insuffisance des remèdes plus rationnels. Aussi sera-t-on peut-être étonné de voir figurer, dans l'exposé qui va suivre, des noms qui se rattachent à des compositions bien et dûment réputées polypharmaques.

C'est ainsi que le grand Sydenham, si prodigue d'apozèmes, de poudres, de teintures, pourrait fournir des armes pour et contre la thèse dont il s'agit : en donnant l'effrayant catalogue des substances composant son *Électuaire antigoutteux*, l'illustre praticien anglais laisse échapper cette hérésie : « Je crois que toutes ces plantes opéreront mieux si l'on en mêle plusieurs ensemble que si on ne se sert que d'une à la fois...... Quand il s'agit, pour guérir un malade, de remplir telle ou telle indication, chaque ingrédient y contribue de son côté, et plus il en entre dans un remède, plus ce remède a de vertus !!! » Mais comme correctif de cette déplorable erreur, l'homme de génie ajoute bientôt : « Il est vrai que les remèdes qui ont une vertu spécifique sont d'autant plus efficaces qu'ils sont moins associés à d'autres. » (Sydenham, *Méd. prat.*, p. 460.) Et, à propos de spécifiques, Sydenham exprime ailleurs sa pensée en ces termes : « Si l'on m'objecte qu'il y a beaucoup de remèdes spécifiques, j'avoue sincèrement qu'ils me sont inconnus, et je crains fort que ceux qui les vantent ne soient aussi ignorants que moi. » (*Ibid., de la Goutte.*)

Huxham est plus explicite au sujet de la polypharmacie : « Le méde-

cin, dit-il, peut faire choix, pour son usage, d'un petit nombre de médicaments qu'il croira les plus efficaces, et s'y borner, plutôt que de parcourir un immense fatras de drogues dont certains médecins font parade..... J'ai vu, dans la pratique de quelques médecins et dans quelques auteurs, des formules où l'on avait entassé tant de drogues, qu'Apollon lui-même aurait été embarrassé de deviner le but qu'on s'était proposé. » (*Des Fièvres*, préface, p. xxxiij.)

Nous avions besoin de faire précéder de pareilles autorités pour produire le jugement d'un auteur qu'on n'apprécie guère aujourd'hui : « On doit, dit Chirac, regarder les inventeurs de ces remèdes si composés, non comme des médecins, mais comme des empiriques qui ont rassemblé des drogues dont la raison, ni la physique, ni l'expérience, n'ont jamais dicté l'assemblage, et dont l'effet est toujours incertain..... La multiplicité des remèdes et leurs différentes combinaisons marquent bien moins la connaissance distincte de la cause qu'une idée très-confuse de l'état des organes, etc. » (Chirac, *Fièvr. malig.*)

Guy-Patin, qui avait trop d'esprit pour acquérir le renom de praticien, mais à qui on ne refuse pas le titre de médecin philosophe, répétait, après Bacon, que « la quantité et la variété des médicaments sont filles de l'ignorance. » Et il ajoutait, pour son propre compte, que « les médecins sages et dociles aux lois de la nature savent avec des moyens simples opérer des effets multipliés. » (*Lettres.*)

Puisque, chemin faisant, nous nous permettons de rectifier les réputations antiques, l'envie nous vient de célébrer un vieil auteur de pharmacopée qui n'est plus guère connu que des érudits, et dont pourtant les préceptes généraux sur l'art de formuler sont ce que je connais de mieux pensé, voire même de plus complet, n'en déplaise à nos modernes. Un seul trait suffira, nous le verrons, pour accréditer ce jugement : auteur d'un Formulaire, Gaubius, il y a un siècle, ne cessait de prêcher la simplicité dans les formules! Nous craindrions, en le traduisant, d'altérer la beauté du texte suivant : « Simplicitati quàm maximè in præscribendis remediis studeat medicus, nec adeo molem et numerum, sed concisam brevitatem, non pompam sed efficaciam affectet. » (Gaubius, *de Meth. concinnandi formul.*, prop. 31.) A ce passage, nous pourrions en ajouter vingt autres; nous nous bornons au suivant, que nous recommandons aux modernes empiriques : « N'opposez pas de remèdes à tous les symptômes, mais bien aux symptômes urgents, dont l'amendement fera cesser les autres. » (*Ibid.*, prop. 45.) C'est là, je crois, du pur physiologisme; voilà le *douloureux mobile* de Broussais..... Mais n'allons pas, pour exalter Gaubius, nous mettre sur les bras la France prétendue régénérée.

Ce nom nous en rappelle un autre non moins vénérable, celui de Murray, qui dit, avec sa naïve candeur : « Accuser nos pharmacopées de pécher plutôt par excès que par défaut de remèdes, est une récrimination ancienne et méritée. » (*Apparat. medic. præfat.*) Nous regrettons de ne pouvoir produire ici ses profondes considérations sur l'expérience en thérapeutique.

Un autre pharmacologue, implacable ennemi de la polypharmacie, car il fut en même temps un médecin illustre, Cullen, dans sa *Matière médicale,* fait une guerre acharnée aux drogues compliquées, aux arcanes, aux spécifiques et à tous les médicaments à réputation douteuse et usurpée. A propos de la thériaque, il rappelle cet anathème du vieux Pline, pour qui le mithridate était « manifestement un monstrueux produit de la vanité de la science et de la jactance de l'art. » (Pline, *Hist. nat.*, lib. XXIX.) Et lui, Cullen, tance vigoureusement le collége de Londres pour avoir, dans sa *Pharmacopée* de 1746, admis la panacée d'Andromaque. Combien peu de pharmacologues se sont élevés, depuis, à la hauteur philosophique de Gaubius, de Murray, de Cullen, vénérable trinité thérapeutique qui tira notre science du chaos vers lequel elle semble incliner de nouveau !

Dans maint passage de sa *Médecine raisonnée,* Frédéric Hoffmann prodigue le mépris à l'abus des drogues; bornons-nous à quelques fragments : « En général, dit-il, il faut être persuadé qu'il y a une infinité de médicaments simples et composés qui sont inutiles. » (T. II, p. 360.) « Les boutiques sont remplies d'une si grande quantité de médicaments, qu'on en peut aisément supprimer la moitié sans faire tort à la médecine. Cela est surtout vrai des compositions que les anciens nous ont laissées, parce que, comme ils ne connaissaient pas exactement les vertus des remèdes, ils faisaient entrer dans une préparation une infinité de choses mal assorties. » (*Ibid.*, p. 355.) « Il faut rejeter des boutiques, avec les inepties des anciens, tous les remèdes qu'on ne prescrit pas une fois en deux ans. » (*Ibid.*, p. 356.) Voici, vous en conviendrez, un ancien qui traite ses prédécesseurs avec bien peu de révérence ! Il devait avoir peu d'amis parmi les pharmaciens, non plus que parmi ses confrères : « Bien des médecins, dit-il, s'imaginent que la multiplicité des formules leur fait honneur à proportion. Les apothicaires ne se plaindront jamais que le médecin soit dans cette idée, mais elle est une preuve que la science n'est pas bien solide. » (*Ibid.*, p. 351.) Mais il ne suffit pas de conspuer les drogues, il faut encore légitimer la réprobation : or, Frédéric Hoffmann justifie la sienne avec une hauteur de vues où l'œil du vulgaire des praticiens ne peut guère atteindre : « Le principal caractère d'un médecin éclairé et qui raisonne, dit notre auteur, est d'écarter la multiplicité

et la variété des remèdes, et de choisir dans un petit nombre ceux qui sont appropriés à la maladie qui se présente..... Les causes des maladies ne sont point en grand nombre ni très-variées; elles sont simples et en petit nombre, bien que, suivant les différentes parties qu'elles attaquent, elles produisent des effets très-différents. Il n'est donc pas besoin d'une si grande abondance de remèdes, pourvu qu'on les administre dans l'ordre, le temps et de la manière convenables. » (*Ibid.,* t. III, p. 299.)

Passons rapidement, car la matière est dilatable à l'infini : « En médecine, dit Baglivi, il faut beaucoup savoir et agir peu. » « Souvent c'est faire preuve d'habileté que de ne rien faire », a dit Tissot. « S'imaginer, dit le même auteur, qu'un remède est inutile parce qu'il ne détruit pas la maladie au gré de notre impatience, et le rejeter pour en prendre un autre, c'est casser une montre parce que l'aiguille emploie douze heures à faire le tour du cadran. »

Le célèbre Dehaën est un de ceux qui ont fait à la polypharmacie la guerre la plus acharnée : dans son chapitre *de Medic. in morb. acut.*, il combat avec chaleur les remèdes composés et violents; il fait une sortie vigoureuse contre les drogues recherchées, les arcanes, les spécifiques du dispensaire de Vienne : « Nous vivons, dit-il, dans un siècle trop éclairé pour ajouter foi à ces vétilles. Mais, dira-t-on, l'expérience nous a démontré l'utilité de ces remèdes! Et la mienne (répond Dehaën) m'autorise à les traiter de billevesées. » (Et nos experientiâ didicimus hæc crepundia vituperare.) « Le médecin avec sa cuisine fastueuse (cum fastuosâ suâ culinâ) pèse plus sur le malade que la maladie elle-même. » (*Ratio medendi,* part. I.)

L'illustre successeur de Dehaën à la clinique de Vienne, Stoll, a dogmatisé dans le même sens : « De nos jours encore, dit-il, on voit quelques médecins qui s'efforcent mal à propos de rassembler dans une même formule les substances opposées à tous les symptômes d'une maladie : assurément celui-là ne connaît pas la maladie. » (*Méd. prat.*, t. I, p. 6.) Dans maint endroit de ses œuvres, Stoll insiste beaucoup sur le précepte d'Hippocrate, de ne pas changer les remèdes sans nécessité, car, dit-il, certaines maladies ont une marche déterminée; principe dont les observateurs superficiels ne peuvent se pénétrer, non plus que de l'inutilité et même du danger des remèdes nombreux et violents dans certaines maladies chroniques, à l'égard desquelles, dit Stoll, le praticien sera sobre de médicaments, dans l'intérêt du malade et de sa propre réputation : « Que ceux-là, dit-il ailleurs, formulent des prescriptions apprêtées, qui sont forcés de flatter le palais des femmes ou de donner des médicaments dont le haut prix fait tout le mérite. » (*Méd. prat.*)

Médecin et naturaliste, Linné a proféré ces paroles sévères : « Celui

qui peut guérir par des moyens simples et qui en cherche de compliqués, se donne une peine inutile, ou agit avec fourberie (dolosè). » (*Censura simplic.*)

Nous n'en finirions pas si nous voulions reproduire tous les anathèmes lancés par l'auteur du traité *de l'Expérience*, le rancunier Zimmermann, lequel s'épuise en sarcasmes contre l'ignorance et l'improbité qui déshonorent notre profession, c'est-à-dire contre les empiriques, les polypharmaques et les charlatans de tout genre.

Joseph Frank, dont les œuvres sont classiques encore aujourd'hui, revient fréquemment sur les avantages des médications simples : « Rarement, dit-il, nous associons plusieurs remèdes ensemble, car nous avons horreur des mélanges..... » « Les médicaments composés, outre la répugnance qu'ils inspirent et leur prix élevé, sont mauvais, surtout en ce qu'il devient impossible par eux de déterminer l'effet de telle substance en ce qu'il aura été nuisible ou avantageux..... Changer dans le milieu du jour les médicaments ordonnés le matin, rejeter le soir ceux prescrits en dernier lieu...., dénote bien l'ignorance ou la pusillanimité du médecin. » (Joseph Franc, *Méd. prat.*)

Notre sage Pinel a dit : « Les remèdes simples, si conformes d'ailleurs à une saine doctrine, ont du moins l'avantage de produire les effets les plus directs, de ne point compliquer l'histoire de la maladie. » (*Nosographie*.)

A ce témoignage du père de l'école française moderne, nous pourrions ajouter ceux de la plupart de nos plus illustres contemporains ; en vain s'agiteront le savoir-faire et la médiocrité, ces principes ont été, sont et seront toujours ceux des amis éclairés de la science et de l'humanité. Qu'il nous soit permis de terminer cette esquisse historique par un extrait emprunté à l'homme dont il y a, aujourd'hui, quelque courage à proclamer le nom : « Celui qui guérit une maladie sans avoir apprécié avec justesse les modifications physiologiques au moyen desquelles il a opéré cette cure, n'a pas la certitude de reconnaître ni de guérir la même maladie lorsqu'elle se présentera de nouveau ; d'où résulte que ni les succès ni les revers des empiriques ne peuvent servir, ni à les rendre praticiens, ni à leur donner des moyens d'en former d'autres. » (Broussais, prop. 467.) Le principal inconvénient et l'inévitable résultat de la polypharmacie sont, en effet, d'éterniser les ténèbres.

On voit quel édifiant accord a régné de tous temps parmi les praticiens les plus illustres à l'égard de la polypharmacie, dont, effectivement, les vices et les dangers sautent aux yeux de la raison.

Le hasard, dit-on, nous a révélé les remèdes les plus efficaces. Ce paradoxe peut être vrai pour quelques-uns des remèdes simples que nous ont légués les siècles passés ; mais, à coup sûr, il ne l'est pas pour les

remèdes complexes, lesquels sont, presque de nécessité, le produit d'idées préconçues. La polypharmacie, que Bacon, ainsi que nous l'avons vu, a fait naître de l'ignorance, est au moins fille de l'incertitude et de l'hypothèse. En associant une foule de substances, le praticien espère qu'une d'entre elles, au moins, atteindra le but : c'est une sorte de décharge à mitraille dont quelques éclats pourront frapper l'ennemi. Tel fut le principe avoué qui dicta la monstrueuse panacée d'Andromaque. Mais encore faut-il bien que les éléments ne se neutralisent pas, et cette neutralisation est, au dire de Fréd. Hoffmann, ce qui existe pour la thériaque elle-même. (*Méd. rais.*, tom. II, p. 355.) La polypharmacie prit naissance dans les siècles ténébreux, où la composition des agents médicinaux était aussi profondément voilée que la structure de l'homme. « L'ignorance des lois de l'économie animale et de celles de la nature a enfanté tous les remèdes superstitieux », dit Zimmermann. Le cerveau d'un prétendu savant, plus ou moins renommé, fermente sur les causes plus ou moins hypothétiques d'une maladie donnée; un remède complexe surgit de cette association d'éléments imaginaires, et voilà le médicament en vogue! On s'en sert d'abord sur la foi de l'auteur, et plus tard, bien que la théorie qui l'a fait naître et que l'auteur lui-même soient oubliés, on en continue l'usage, en invoquant ce mot magique et mensonger l'*expérience*, qui trop souvent n'est que la routine consacrée par la vétusté. Telle est, on ne peut en douter, l'origine de la presque totalité des remèdes complexes. Nous ne voulons point examiner ici à quelles conditions nombreuses, délicates, souvent impossibles, on pourrait être en droit d'invoquer l'expérience *vraie* à l'égard de ces remèdes; nous nous bornons à faire observer que, dans les cas d'associations multiples, même en admettant leur efficacité souvent contestable, il reste presque toujours à décider si la maladie n'eût pas aussi bien, ou même mieux guéri par un ou plusieurs des éléments constituants isolément administrés [1].

Il reste donc démontré de par l'histoire et la raison, que la polypharmacie est à la fois le produit et la source d'une foule d'erreurs ou de préjugés thérapeutiques. On pourrait réduire à trois chefs principaux les inconvénients qu'elle présente en application :

1° Dans certains cas, les amalgames dont il s'agit donnent lieu à des dégagements volatils, vaporeux, à des décompositions patentes ou inaperçues qui dénaturent le remède et le transforment en un produit nouveau d'action inconnue, inerte ou même dangereux : c'est ce que nous appellerions inconvénients *chimiques*.

[1] Voir notre Mémoire : *De la réalité de la médecine, et de ses dogmes fondamentaux*, et celui *sur les obstacles aux progrès de la thérapeutique*. Chez J.-B. Baillière.

2° D'autres fois, on y voit figurer des substances réfractaires au mélange, insolubles les unes dans les autres, et donnant lieu à des troubles, des coagulations, des dépôts, enfin à des magmas de toute espèce qui révoltent tous les sens à la fois; tels sont les inconvénients *pharmaceutiques*.

3° Le genre d'inconvénients le plus grave et le plus commun peut-être, et que nous désignerions sous le nom d'inconvénients *thérapeutiques*, se subdivise en deux espèces : dans la première, le praticien associe des substances d'actions diverses ou même opposées, lesquelles se neutralisent plus ou moins complétement. La seconde espèce consiste dans la combinaison d'éléments tellement nombreux, que les effets deviennent, en quelque sorte, indéchiffrables et sans aucun profit pour l'art et la science. N'oubliez jamais que le critérium d'une bonne formule est de laisser clairement apercevoir l'intention rationnelle qui l'a dictée. Or, ce précepte du bon sens est violé presque à chaque page des formulaires, officiels ou non, et Dieu sait ce que couvrent les mystères de la pratique journalière! Les mélanges sont presque toujours à titre de spécifiques, c'est-à-dire qu'on se garde bien de les soumettre aux analyses physique et physiologique, de sorte que le pharmacologiste et le médecin demeurent éternellement dans l'ignorance et des agents réels qu'ils administrent, et des effets organiques qu'ils vont produire. A ces arcanes appartiennent les *anti* de toute espèce, sirops, élixirs, électuaires, pilules, etc.

Personne ne niera que l'association des médicaments ne réclame, de la part du médecin, de profondes connaissances en histoire naturelle, en chimie, en pharmacie, en physiologie pathologique, etc. Or, combien sont rares les praticiens qui réunissent au degré voulu toutes ces connaissances! Donc, plus les formules seront simples, moins les médications seront variées, et plus elles offriront de lucidité, de sécurité, de chances de succès; moins aussi elles compromettront la santé, la vie des malades, sans parler des sacrifices dispendieux que nécessitent les médications fastueuses; moins encore elles exposeront la réputation de l'honnête praticien qui cherche à édifier sa renommée sur d'autres bases que le vulgaire charlatanisme des drogues.

Cependant ici, comme en toutes choses, l'excès est un défaut : *In vitium ducit culpæ fuga*. La simplicité thérapeutique, de même que tous les principes les plus généraux et les plus salutaires, comporte des exceptions basées sur la science et sur l'art eux-mêmes. Certaines formules complexes peuvent être justifiées par des considérations rationnelles, impérieuses, auxquelles un habile médecin sait sacrifier à propos; telles sont les suivantes :

1° Une circonstance qui domine toutes les considérations scientifi-

ques, est celle où l'expérience bien et dûment constatée a sanctionné la prééminence d'un composé médicamenteux en opposition aux remèdes simples. Mais combien de fois n'a-t-on pas confondu l'expérience réelle avec la routine et les préjugés théoriques !

2° Les mélanges sont indiqués, lorsqu'en associant des substances diverses on veut et l'on peut obtenir l'ensemble des effets partiels propres à chacune d'elles. C'est ici surtout que la pente est glissante, car les polypharmaques de tous les temps ont invoqué ce principe, lequel étant fondé sur les idées dominantes de l'époque, repose, en effet, sur la base la plus mobile. Dans tous les cas, il n'est jamais certain que la nature voudra bien se prêter au *départ* que supposent vos théories, et que vos éléments prendront les chemins divers que vous leur assignez. Quoi qu'il en soit, veillez à ne pas associer des ingrédients qui se combattent et se neutralisent; veillez surtout à ce qu'il n'en résulte pas d'effets contraires à ceux que vous attendez.

3° Plusieurs substances peuvent être associées, lorsqu'on veut obtenir un produit ou un effet mixte, différent de la composition et de l'action de chacun des ingrédients isolés. Encore est-il préférable d'employer d'emblée le produit mixte lorsqu'il existe tout préparé dans les officines. Ainsi, je n'ai jamais bien compris pourquoi l'on ne préfère pas l'eau gazeuse à la potion de Rivière, et peut-être aussi le carbonate de fer aux pilules de Bland. Il me semble qu'à l'égard de ces remèdes, et autres analogues, on n'a guère émis que des subtilités.

4° Il est parfois convenable de chercher à favoriser l'action de certains remèdes : c'est ainsi qu'il est des menstrues qui facilitent le dégagement de quelques principes fortement combinés ; c'est ainsi que certains correctifs font supporter un médicament auquel les organes sont réfractaires ; exemple : l'acide sulfurique favorise la solution du sulfate de quinine, que l'extrait d'opium empêche de produire la diarrhée. Or, dans bien des cas, on prétexte ce motif pour associer des agents purement congénères, alors qu'il suffirait tout simplement d'augmenter la dose de l'agent principal : à quoi bon, par exemple, associer l'absinthe ou la gentiane au quinquina, la jusquiame à l'aconit, etc. ?

5° Il peut être utile, au contraire, de mitiger un agent trop actif : il est évident, par exemple, qu'il faut étendre ou diviser les substances vénéneuses sous un petit volume, l'arsenic, les acides minéraux, etc.; mais encore ici abuse-t-on souvent du précepte en usant de correctifs superflus, alors qu'il suffirait de diminuer simplement la dose du médicament. C'est ce que Quarin fait très-bien observer : « Afin, dit-il, que les malades puissent prendre une plus forte dose d'acides minéraux, quelques médecins les combinent à la gomme. Mais est-il raisonnable de

modérer les forces d'un médicament, afin de pouvoir le donner en plus grande quantité? » (*De Febre putridâ.*)

6° Le motif le plus ordinaire, et en quelque sorte obligé des associations médicamenteuses, c'est d'abord de faciliter la préparation du remède : il est clair, par exemple, que pour obtenir la solution d'une substance résineuse, il est nécessaire d'employer un dissolvant approprié ; que pour donner à un produit sec ou liquide la consistance pilulaire, il faut user d'un intermède quelconque. Les mêmes considérations s'appliquent à la nécessité de produire le médicament sous une forme accommodée à l'état et au goût du malade.

Voilà pour ce qui concerne la polypharmacie complexe ; quant à la polypharmacie multiple, elle est encore autorisée dans de certaines bornes :

7° C'est ainsi qu'on peut prescrire en même temps, au même malade, soit une tisane adoucissante et un looch, à part les saignées, dans une inflammation de poitrine ; une boisson tempérante, un cataplasme et un lavement dans une irritation abdominale, etc. Ce sont là des procédés rationnels, et qui ne justifient pas ces médicastres qui se croient obligés de mettre à contribution toutes les formes pharmaceutiques à la fois. La science et la conscience médicales établissent parfaitement la limite entre l'art et la jonglerie.

La polypharmacie changeante, elle-même, peut s'autoriser de certaines exigences créées par la pratique :

8° Ainsi, l'on reconnaît que l'action de certains remèdes s'use par l'habitude ; il est alors indiqué de les changer pour d'autres dont l'action analogue converge au même but.

9° Ou bien les malades se lassent, se dégoûtent des mêmes médicaments : force est bien alors d'obtempérer à ces répugnances. C'est ce qui arrive dans les maladies de longue durée, chez les incurables, les hypochondriaques, etc. C'est alors que brillent les ressources réelles du thérapeutiste : « Il est, dit Gaubius, un juste milieu entre l'opiniâtreté stupide et la frivole inconstance. » (*Formulaire.*)

Telles sont, je crois, les circonstances principales qui peuvent rationnaliser la polypharmacie. En dehors de ces préceptes, dont pourtant encore il est si facile d'abuser, il n'y a plus qu'ignorance ou calcul. Cependant de graves auteurs, et ce même Gaubius, si sévère à l'égard du charlatanisme, admettent naïvement quelques autres motifs, que nous reproduisons pour le plaisir plutôt que pour l'édification du lecteur, car nous n'hésitons pas à les stygmatiser comme des procédés se rattachant à ce qu'on appelle honnêtement le savoir-faire : « Il faut parfois, dit notre auteur, subir l'exigence du temps et des opinions, car il y a des

gens qui exigent de longues formules. » Eh bien ! à ces gens-là le praticien ferme sur ses devoirs répondra qu'il ne sait point transiger avec sa conscience ; et si celle-ci lui ordonne de lutter contre l'entraînement général, il prendra la devise de Caton : *Victrix causa diis*, etc. L'axiome : *Vulgus vult decipi, decipiatur*, plus politique que moral, peut d'ailleurs avoir de trop graves conséquences pour qu'il soit permis de l'ériger en principe. Aussi blâmons-nous également cette autre nécessité admise par Gaubius, fondée sur l'obligation où se trouve le praticien de se conformer, *par prudence*, aux usages reçus dans la localité ; *pessimè quidem*, ajoute l'auteur, pour corriger l'immoralité du précepte. A cette nécessité nous sacrifierons moins encore qu'à la précédente, car pour celle-ci, l'individualité seule était en cause, tandis que dans la dernière il y va de la santé des populations.

Si l'on a bien saisi l'esprit de ce travail, on verra que, loin de nous ériger en réformateur, nous ne sommes que l'écho des législateurs de la science, et que nous restons dans les limites posées par l'illustre Jos. Frank (*Méd. prat.*, préf.) : « Je désirerais, dit-il, une thérapeutique déduite de l'expérience, tenant le milieu entre une méthode trop active et compliquée, et une méthode trop molle et trop simple ; qui serait fondée sur des indications tirées du diagnostic, autant que la chose est possible ; qui exclurait les formules médicales trop nombreuses ; qui inculquerait plutôt la défiance des remèdes nouveaux, vénéneux, prônés comme spécifiques, et qui placerait en première ligne le régime diététique. »

FORGET.

DES AVANTAGES QU'ONT PRÉSENTÉ LES ÉMÉTO-CATHARTIQUES ET LES PURGATIFS DANS LE TRAITEMENT DES ÉRYSIPÈLES BILIEUX QUI ONT RÉGNÉ CET ÉTÉ.

Tous les praticiens ont remarqué le grand nombre de maladies amenées cette année par la longue sécheresse et la grande chaleur de l'été. Sans nous arrêter aux affections de toute sorte mises sur le compte de cette constitution atmosphérique, et qui ont été fort diversement jugées, nous parlerons en particulier des érysipèles, dont le règne survit encore aux autres maladies. Les érysipèles dont il s'agit se sont reproduits en très-grand nombre à côté des affections fébriles suscitées par l'été ; accompagnés eux-mêmes de fièvre, ils ont offert beaucoup de dangers s'ils ont été mal traités ; mais ils ont guéri, au contraire, avec une facilité extrême si on leur a appliqué le traitement convenable. Citons quelques exemples parmi ceux que nous avons vus en ville et dans les hôpitaux, ce

sera le meilleur moyen de faire juger de la nature de ces affections et de leur thérapeutique.

Obs. I. M..., apprenti menuisier, d'un tempérament lymphatique, et affecté d'une carie scrofuleuse des os du métatarse, pour laquelle on avait employé mal à propos d'abord un traitement antiphlogistique, mais qui s'était amendée depuis par l'emploi de l'hydriodate de potasse, l'usage des bains lixiviels et un régime tonique, fut atteint dans le mois de juillet dernier d'un gonflement érysipélateux de la face. Appelé auprès du malade, après deux ou trois jours à dater des premiers symptômes, nous apprîmes que la maladie de ce sujet avait débuté par plusieurs jours d'un malaise général accompagné de dégoût, de nausées, de mal de tête, de fièvre, et d'un commencement d'angine. A notre arrivée, nous constatâmes un gonflement érysipélateux de la face, avec tous les caractères locaux de cette phlogose spécifique, et en outre l'existence des signes d'un embarras saburral. Une fièvre vive complétait cet ensemble de symptômes; il s'y joignait un mal de tête intense très-voisin du délire. Sans nous arrêter à l'intensité du mal de tête, mais pesant mûrement les circonstances de la constitution régnante, sèche et chaude, qui favorisait de tous côtés le règne des affections bilieuses, de quelque nom qu'on veuille la qualifier, nous avons procédé immédiatement d'après cette considération importante, et nous avons prescrit l'usage de la limonade pour boisson, dix centigrammes de tartre stibié à prendre dans trois verres d'eau à titre de vomitif, et une diète absolue. L'administration du tartre stibié a provoqué des vomissements réitérés de matières bilieuses extrêmement amères, d'une couleur verte et jaune, ainsi que plusieurs garde-robes liquides. Après l'effet de ce remède, la tumescence de la face est tombée, la fièvre a cessé, la céphalalgie elle-même a entièrement disparu, et la convalescence a été décidée. Le lendemain, une potion purgative composée avec trente grammes de sulfate de soude, deux grammes de follicules de séné et trente grammes de manne en larmes pour un verre, a secondé l'effet de l'émétho-cathartique employé la veille, et le malade a été parfaitement guéri le lendemain de la médecine.

Les réflexions suggérées par cet exemple ressortent d'elles-mêmes. On a sous les yeux un érysipèle de nature bilieuse comme ils le sont presque tous plus ou moins, et comme l'étaient en particulier tous ceux qui ont régné pendant le long été de 1842. Les preuves du caractère bilieux de ces érysipèles se déduisaient, en premier lieu, de l'action spéciale des chaleurs atmosphériques sèches et longues, de l'ensemble des symptômes gastriques, du type même de la fièvre continue-rémittente, si aucune complication ne s'associait au caractère bilieux de cette maladie; aussi, ce qu'il y avait de mieux à faire était d'attaquer de front ce caractère, sans se laisser intimider par la céphalalgie, ni par la crainte chimérique d'une méningite ni d'une gastrite; c'est le parti que nous avons pris, et bientôt un succès prompt a justifié notre diagnostic. Supposons maintenant qu'au lieu d'obéir à l'indication que nous venons de signaler, on se fût borné à poursuivre localement l'éry-

sipèle, à le traiter par des applications réitérées de sangsues, à le considérer, en un mot, comme le point de mire du traitement. Que serait-il résulté d'une semblable méthode? On peut aisément le prévoir, la fièvre, entretenue par l'affection bilieuse, aurait acquis plus de force; avec l'accroissement de la fièvre, la céphalalgie serait devenue plus intense; quelques points d'irritation se seraient développés en même temps dans le trajet de la muqueuse gastro-intestinale; et, si l'on avait persévéré dans une méthode désastreuse, bientôt le délire se serait mis de la partie, et l'on n'aurait vu autre chose dans une affection primitivement simple et bénigne, qu'une *fièvre grave*, une fièvre typhoïde. C'est justement ainsi que se forment la plupart des affections qualifiées de fièvres typhoïdes, faute de les reconnaître pour ce qu'elles sont dès leur début, et faute de leur appliquer de prime abord le traitement qui doit en faire justice. Nous n'hésitons pas à le dire, parce que nous en avons été souvent témoin dans la pratique; bon nombre des fièvres appelées typhoïdes ne sont, en principe, qu'une fièvre simple et bénigne, le plus souvent bilieuse, muqueuse ou gastrique, qu'un traitement mal entendu fait dégénérer bientôt après, et rend graves et pernicieuses. Les chaleurs opiniâtres de cet été nous ont offert de nombreuses occasions de constater ces faits. Presque toutes les affections observées pendant sa durée avaient une empreinte profonde des affections bilieuses propres à l'été; et la plupart des fièvres typhoïdes dont on a tant parlé cette année n'étaient que des affections de ce genre, mal traitées et très-fortement exprimées.

Obs. II. La sœur du même sujet, jeune fille de dix ans, lymphatique et scrofuleuse, ne tarda pas à éprouver la même maladie. Son érysipèle affecta pareillement la face, et s'accompagna aussi de symptômes gastriques avec une fièvre continue rémittente; la céphalalgie; la douleur épigastrique, l'agitation fébrile, les douleurs intestinales, offrirent à peu près la même intensité, et les conséquences de ces symptômes auraient été les mêmes, si on ne les avait pas enrayés par les mêmes moyens. Le tartre stibié fut administré ici comme dans le premier cas, dès l'apparition de l'érysipèle, à la dose de deux grains aussi. Le surlendemain, un purgatif composé de la même manière suivit l'administration du tartre stibié. Les effets de ce traitement n'eurent pas moins de succès chez la sœur que chez le frère : après les vomissements provoqués par l'émétique, le gonflement de la face tomba, la rougeur érysipélateuse pâlit, sa surface se dessécha, et la desquammation commença. On s'étonnera peut-être de la dose des médicaments employés dans ces deux cas, surtout chez la jeune fille âgée de dix ans à peu près; mais il faut remarquer que les deux sujets dont il s'agit étaient d'une constitution molle, lymphatique et scrofuleuse, chez lesquels il y a généralement peu d'irritabilité. Or, chez les malades ainsi constitués, et c'est là une remarque pratique qu'il est permis de généraliser, les médicaments n'opèrent communément qu'à des doses supérieures à celles qui leur conviendraient

s'ils n'étaient pas frappés d'une sorte d'inertie. Les sujets de ce tempérament et de cette structure organique se rapprochent de la condition des individus dont on a cru pouvoir dire qu'il fallait les écorcher pour les chatouiller.

Nous n'avons cité jusqu'ici que des cas d'érysipèle dont les complications, si l'on en rencontre, réclament la même thérapeutique que l'érysipèle bilieux ; mais il en existe d'autres où, indépendamment des contre-indications à l'usage de la méthode antibilieuse, la méthode en question ne réussit pas avec le même bonheur. Cependant, dans les cas même où le traitement préconisé ici n'opère pas avec un égal succès, il est aisé de voir, lorsqu'il règne une constitution aussi fortement bilieuse que celle de l'été dernier, que la méthode évacuante est encore la plus efficace. Un exemple établira ce nouveau fait.

Obs. III. J. B., âgée de quatre ans, faible et maladive, portant constamment un gros ventre, signe de l'engorgement des glandes mésentériques, fut atteinte, à la fin du mois d'août, d'engorgement érysipélateux de la tête et de la face. La maladie débuta par la fièvre, par des vomissements spontanés, et par une grande agitation. Appelé auprès de ce sujet, nous avons trouvé la face rouge, gonflée outre mesure, tendue, la langue sèche, les yeux fermés par le gonflement, le ventre tendu, mais sans douleur, la peau sèche, brûlante, le pouls accéléré et très-petit, et un commencement de délire ; quelques garde-robes liquides se joignaient à ces symptômes. L'irritation générale ne nous permit pas de songer momentanément à l'emploi de l'émétique ; nous procédâmes, en conséquence, pendant vingt-quatre heures, par une boisson délayante et des topiques émollients sur le ventre. Le jour suivant, la langue s'humecta un peu et se chargea d'un limon épais. C'est alors que nous administrâmes soixante grammes de sirop d'ipécacuanha, de peur que le tartre stibié n'augmentât l'irritation du tube digestif. Quelques vomissements suivirent l'emploi du sirop ; dès lors, l'érysipèle glissa de la tête et de la face vers le cou, le dos et la poitrine ; mais le ventre restait toujours ballonné d'une manière alarmante. Une infusion de rhubarbe pour boisson détermina quelques garde-robes sans diminuer le ballonnement du ventre. Les jours suivants, l'assoupissement se reproduisit, et avec ce symptôme, le pouls, toujours accéléré, devint de plus en plus faible ; enfin, la petite malade parut dans l'imminence d'une congestion céphalique mortelle. Dans ce péril, le plus pressant était de détourner la congestion. On remplit cette indication en promenant sur les membres plusieurs cataplasmes sinapisés, qui réussirent parfaitement à dégager la tête. Une nouvelle prise de sirop d'ipécacuanha, administrée le lendemain, assura, à l'aide de vomissements réitérés, la marche rétrograde de la maladie : l'érysipèle continua dès lors à glisser vers les parties inférieures, et disparut au bout de quelques jours, après avoir envahi successivement la tête, le cou, la poitrine et le dos. Un seul symptôme survécut au reste de la maladie, c'était le gonflement du ventre, gonflement non douloureux, mais qui gênait la respiration, et simulait une hydropisie ascite. L'usage du petit-lait aiguisé de quelques centigrammes de nitrate de potasse, joint à celui du raisin bien mûr pour

toute nourriture, triomphèrent enfin de ce ballonnement au bout de sept à huit jours.

Nous n'avons pas osé recourir immédiatement sur cette petite malade à l'administration du tartre stibié en vomitif, et nous avons eu tort. L'expérience acquise depuis nous a donné la conviction que nous aurions eu bien meilleur marché de cette maladie avec ce médicament qu'avec le sirop d'ipécacuanha. Le tartre stibié, en effet, quoique agissant comme l'ipécacuanha à titre de vomitif, ne détermine pas le vomissement de la même manière que le tartre stibié. Sans nous engager dans une étude comparative de leur action respective, nous remarquerons seulement que le tartre stibié est le médicament le plus approprié au traitement des affections bilieuses, dont la maladie actuelle portait aussi les traits. Toutefois, l'ipécacuanha a eu ici un bon effet; mais il a été moins prompt et moins efficace que le tartre stibié dans les deux premiers cas cités. Il est vrai que chez le dernier sujet la maladie était beaucoup plus intense, et que d'ailleurs nous avions affaire à une constitution bien plus délabrée. Néanmoins, nous persistons à dire que, dans tous les cas analogues, le tartre stibié se montre ici plus efficace que les autres vomitifs. Résumons maintenant les caractères des érysipèles dont nous venons d'offrir quelques exemples particuliers.

Les érysipèles de cet été commençaient par quelques jours de fièvre, avec de la céphalalgie, des nausées ou du dégoût, un brisement général, des coliques ou de la diarrhée. Cette fièvre préliminaire redoublait assez souvent dans l'après-midi, et s'amendait régulièrement dans la matinée. Bientôt apparaissait la phlogose érysipélateuse : elle affectait préférablement la face, où elle débutait par une rougeur diffuse et douloureuse, avec gonflement et tension, comme tous les érysipèles. La phlogose augmentait ensuite par degrés, envahissant de proche en proche le nez, les joues, le front, la face et toute la tête. Sur ces entrefaites, la fièvre s'exaspérait, ainsi que le brisement des membres; des douleurs vagues traversaient le corps, et une faiblesse universelle accompagnait tous ces symptômes. A l'apogée de la maladie, il n'était pas rare de voir survenir le délire; la langue était en même temps rouge aux bords et à la pointe, chargée d'un enduit blanc jaunâtre, très-épais; la peau brûlante et aride; le pouls fréquent, dur et développé. Au bout de cinq ou six jours, lorsque la maladie marchait régulièrement, l'érysipèle s'affaissait, pâlissait en contractant une teinte jaunâtre, pendant que les phlyctènes, s'il s'en était formé, s'ouvraient spontanément, et que la surface de l'inflammation s'en allait en écailles plus ou moins larges. Alors la fièvre tombait, et le ventre, jusque-là resserré, fournissait coup sur coup plusieurs garde-robes en consistance de purée; une moiteur géné-

rale, et plus rarement la sueur, accompagnaient la solution de la maladie. Bientôt après les malades entraient en convalescence. Telle était la marche ordinaire de ces érysipèles, quand rien n'embarrassait leur développement régulier. Mais tous n'avaient pas cette simplicité, surtout quand on en troublait la marche : dans ces circonstances, la tête s'affectait de plus en plus et un délire doux ou frénétique se déclarait, ou bien le ventre se météorisait, des points d'irritation s'établissaient du côté de la fosse iliaque droite, ou enfin les deux ordres de lésions, celles de la tête et du ventre, se rencontraient ensemble. Ces coïncidences fâcheuses redoublaient la fièvre, qui prenait dès lors tous les attributs des fièvres du plus mauvais caractère, s'accompagnant de soubresauts des tendons, d'une aridité extrême de la peau, de la décomposition des traits, de l'abattement des forces. Nous n'avons pas besoin de remarquer que le danger était alors urgent, et que, à moins d'une très-grande habileté de la part du praticien, la plupart de ces malades succombaient; et ceux qui parvenaient à se relever traînaient une convalescence si laborieuse, que beaucoup ne sont pas encore rétablis. Ce tableau abrégé montre l'analogie de ces érysipèles avec les fièvres dites *typhoïdes*, et cette analogie est d'autant plus vraie, qu'un grand nombre de malades ont été atteints de tous les phénomènes de la fièvre érysipélateuse, sans avoir eu d'érysipèle.

Le traitement convenable était tout tracé dans l'histoire des érysipèles laissée par les grands maîtres. Il consistait à négliger entièrement la phlogose érysipélateuse, qui n'était jamais que symptomatique, pour s'attacher à combattre la fièvre même. Quant à l'indication fondamentale de cette fièvre, elle résultait de sa nature essentiellement bilieuse. Aussi les éméto-cathartiques au début, suivis bientôt après des purgatifs, en étaient-ils les remèdes par excellence. Cette indication fondamentale n'excluait pas toujours la présence d'autres indications; mais celles-ci n'intervenaient qu'à titre secondaire, ou comme auxiliaires de la première. Par exemple, au début de la maladie, si les malades étaient forts, jeunes ou pléthoriques, une ou deux saignées préparaient l'administration du tartre stibié. Mais malheur à ceux qui considéraient le traitement antiphlogistique comme la base de la méthode curative ! D'autres fois, quand l'irritation pouvait faire appréhender d'en venir immédiatement à l'éméto-cathartique, un ou deux jours de l'usage d'une eau de chiendent nitrée ou de limonade végétale froide suffisait pour abattre l'excès d'irritation et frayer la voie à l'ingestion du sel émétique. Quand le tartre stibié avait été indiqué, un seul émétique ne suffisait pas toujours, et l'on se trouvait bien de le répéter le lendemain. Nous avons eu occasion de procéder plusieurs fois ainsi, non-seulement sans danger,

mais avec le plus grand succès. Le point important dans l'administration d'un médicament c'est son indication ; tant que cette indication est constatée, il n'y a que profit à y satisfaire largement.

La purgation réitérée était un complément de l'exhibition des éméto-cathartiques; mais il fallait bien se garder, comme on le fait encore en ce moment, de commencer le traitement de la maladie par la purgation. Le plus petit inconvénient de cette méthode vicieuse, c'est de ne pas enrayer le mal ; très-souvent même l'emploi prématuré des purgatifs exaspère tous les symptômes et provoque les plus graves accidents. C'est à tort qu'on placerait sur la même ligne l'action des émétiques et des purgatifs, sous le prétexte ridicule que les uns et les autres produisent des évacuations. De quelque manière qu'on veuille expliquer les effets de ces deux ordres d'agents, un fait expérimental incontestable, avoué et proclamé par les praticiens de tous les lieux et de tous les temps, c'est que les émétiques et les purgatifs ne sauraient se suppléer réciproquement; cette expérience atteste au contraire que les émétiques pris au début des affections bilieuses réussissent à merveille quand ils sont appliqués à propos; au lieu que les purgatifs manquent presque toujours le but du praticien, alors même qu'ils ne sont pas nuisibles, quand on y a recours à la période initiale de ces affections.

FUSTER.

UN MOT SUR LA CHLOROSE AIGUE ET CHRONIQUE, ET SUR SON TRAITEMENT PAR UN NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION FERRUGINEUSE.

Il n'est plus permis aujourd'hui de restreindre, avec Cullen, Sauvages, Gardien, Pinel, Roderic à Castro, Mercatus, Primerose, etc., etc., la dénomination de chlorose à une affection qui serait caractérisée par la décoloration de la peau, avec détention, suppression ou diminution des règles; mais on doit, avec Frédéric Hoffmann, considérer la chlorose comme une affection générale, caractérisée par un changement survenu dans toute l'habitude du corps par la coloration blanche, verdâtre ou jaunâtre de la peau, l'altération des humeurs, le trouble de la circulation, de la menstruation, des accidents nerveux, l'atonie des viscères et une prostration plus ou moins marquée. A cet ensemble de symptômes qui la distingue déjà des autres affections du cadre nosologique, nous devons encore ajouter la flaccidité des tissus et des muscles, la décoloration des muqueuses, les modifications survenues dans la composition du sang, et les suffusions séreuses.

On a cru pour les besoins de la théorie, ou pour faciliter l'intelligence

et l'étude de cette affection, devoir créer des espèces et des variétés différentes de chlorose, suivant que les symptômes nerveux se développaient sur tel ou tel organe. D'après notre observation, rien n'autorise une pareille distinction; car nous voyons que la chlorose, affection essentiellement générale, n'éveille la souffrance de tel ou tel organe que parce que celui-ci, par une prédisposition individuelle, ou à cause d'antécédents particuliers, souffre plus qu'un autre de l'influence qu'il reçoit.

C'est pour éviter cet écueil que nous nous rattacherons aux faits principaux les plus ordinaires, et partant les plus saillants, et qu'ainsi nous établirons de prime abord une division de la chlorose en aiguë et en chronique, ou, si l'on veut, avec Marshall-Hall, en confirmée et en invétérée. Coock, M. Blaud et d'autres auteurs avaient reconnu des chloroses aiguës, mais ils entendaient par là une chlorose qui débute subitement après une cause appréciable, comme une frayeur, une émotion, etc. Pour nous, l'observation nous montrant tous les jours qu'il existe beaucoup de chloroses qui dans l'espace de quinze jours ou trois semaines se développent et se confirment, tandis qu'elles s'amendent et disparaissent dans un temps à peu près égal sous l'influence d'une médication convenable; qu'il en est d'autres, au contraire, qui surviennent lentement avec des phénomènes insensibles et graduels, minant sourdement et profondément la constitution, éveillant plus particulièrement les sympathies nerveuses de divers organes, et ne cédant qu'à une très-longue et très-persévérante médication. Ne voit-on pas, en outre, que toutes ces névroses suivent la chlorose et ne lui préexistent, on peut dire jamais? Or, nous ne saurions admettre la pensée de M. Monneret et de notre ancien camarade de Laberge, que la chlorose varie suivant la part qu'y prend tel ou tel organe. Pour nous, il peut y avoir des anémies et des hydroémies symptomatiques; mais il n'y a pas de chloroses de cette nature. De telles idées repousseraient la science dans les ténèbres dont elle cherche à sortir. Il y a du reste assez de causes qui peuvent faire varier la durée comme la forme de la chlorose : l'âge, la constitution des sujets, la persistance de la cause qui l'a produite, les conditions hygiéniques, les influences morales, les moyens thérapeutiques, etc. Mais notre division en aiguë et en chronique ne préjuge rien; elle ne fait que traduire exactement les faits, et avertir le praticien de la conduite qu'il aura à tenir selon telle ou telle circonstance : c'est l'essentiel à notre avis, car le but de notre science est avant tout d'assurer et de déterminer, autant que possible, nos moyens et leur application. Tenir en éveil contre l'erreur, c'est la prévenir.

Ne pouvant faire ici l'histoire de la chlorose, ni présenter les nombreuses observations intéressantes que nous avons recueillies, nous nous

bornerons, avant d'arriver à indiquer le traitement qui nous est particulier et qui nous a toujours réussi, à dire quelques mots sur les principaux caractères différentiels de la chlorose aiguë et de la chlorose chronique.

Le premier caractère différentiel de ces deux états consiste dans le temps que la maladie met à se développer et à arriver à un certain degré; mais une fois le sang altéré dans ses proportions chimiques à un point déterminé, peut-être alors identique dans l'un et l'autre cas, les symptômes sont souvent analogues. Ainsi même pâleur, mêmes essoufflements, mêmes palpitations, mêmes inquiétudes, tristesse et lassitude. Toutefois il existe un caractère vraiment important à noter, et qui d'ailleurs est commun à toutes les maladies chroniques, c'est que l'habitude des souffrances, ou leur établissement successif et gradué, rendent l'état chronique bien plus facilement supportable.

Dans la chlorose aiguë, l'inappétence, le dégoût est subitement porté quelquefois à ne pouvoir supporter l'idée des aliments. Les lassitudes sont extrêmes et vont souvent jusqu'à la défaillance. Dans la chlorose chronique, au contraire, la marche n'est pas toujours pénible; la tristesse est moins profonde, etc.; tandis que les douleurs névralgiques, les troubles fonctionnels, gastriques, intestinaux, les douleurs utérines, encéphaliques, sont plus fréquents et surtout plus fixes et plus rebelles; les attaques d'hystérie surviennent fréquemment : je ne les ai jamais observées dans la chlorose aiguë.

En analysant plus profondément ce sujet, nous trouvons encore la même concordance dans les phénomènes; ainsi dans la chlorose aiguë les palpitations sont plus tumultueuses, plus larges, plus étendues. Je n'oserais pas affirmer si le bruit du souffle les accompagne plus souvent, mais je puis dire que dans la chlorose chronique on entend plus ordinairement le bruit de diable des artères, et surtout divers bruits musicaux plus aigus, plus sifflants.

— Il est des médicaments qui résistent à tous les chocs des révolutions médicales, à toutes les frénésies des systèmes; leur action bienfaisante est devenue tellement populaire que les doctrines qui les réprouvent ne peuvent les repousser entièrement. Le fer est donc demeuré dans la pratique médicale malgré la réprobation générale qu'avait portée aux toniques la médecine physiologique. Cependant, comme tout ce qui touche à la thérapeutique, il en avait éprouvé une influence fâcheuse, soit parce qu'il avait été administré avec plus de timidité, soit parce qu'on en avait restreint l'usage, ou qu'on ne se décidât à y recourir que lorsque les moyens de prédilection avaient échoué. Tous ces motifs avaient donc retardé les progrès de nos connaissances sur les ferrugineux. D'ailleurs, soit par le manque d'observations précises sur la nature des maladies auxquelles

ils conviennent, soit par le défaut de connaissances suffisantes sur la composition chimique des sels de fer et du sang lui-même, les médecins étaient restés dans une erreur funeste, celle de regarder le fer comme un emménagogue. Ce point de vue complétement faux, et d'autant plus trompeur qu'il paraissait plus certain, avait empêché longtemps même la recherche de la vérité, et était tellement établi dans l'esprit des médecins, qu'aujourd'hui que des travaux nombreux mais disséminés ont démontré le contraire, beaucoup de médecins de province, même les hommes les plus recommandables, ne peuvent se départir de ces idées qui pour eux avaient toujours passé comme une vérité thérapeutique la mieux établie. Ainsi, dans le cas de chlorose aménorrhéique, c'est moins à la chlorose qu'on adresse les préparations ferrugineuses qu'au défaut de flux cataménial, et la preuve, c'est que tous les jours la chlorose est méconnue ; ou bien on voit administrer le fer dans des cas de dysménorrhée ou d'aménorrhée symptomatique d'une lésion organique.

Il résulte donc de ce manque d'idées bien arrêtées, que non-seulement on a adressé les préparations ferrugineuses à des maladies qui ne les réclamaient pas, mais que, dans certains cas, on s'est privé d'une ressource précieuse et que rien ne pouvait remplacer.

Une autre conséquence d'une première erreur, c'est la croyance où l'on était que le fer activait la circulation utérine, qu'il augmentait par conséquent la congestion de l'organe, et pouvait ainsi devenir funeste dans le cas d'une lésion organique dans le tissu ou les annexes de la matrice. Or, le fer n'a aucune action spéciale sur l'utérus; s'il est effectivement très-efficace dans plusieurs de ses affections, c'est pour combattre des phénomènes particuliers, tels que l'hémorrhagie et l'anémie qui les accompagnent d'ordinaire; mais il demeure sans action sur la lésion organique elle-même, qui marche indépendante du remède, dont elle n'éprouve l'influence que d'une manière générale. Aussi, loin d'être défavorable, l'ai-je vue aussi concourir à l'amélioration du mal.

On a cru pouvoir établir que les préparations ferrugineuses, étant destinées à rendre au sang des matériaux et des propriétés qu'il avait perdus, devaient être solubles pour être plus facilement assimilées. Cette idée a donné naissance à une foule de préparations. Je puis affirmer ici que j'ai expérimenté toutes les préparations ferrugineuses sur de grandes proportions, et que je n'ai nullement trouvé que leur action fût en raison directe de leur solubilité.

Disons, du reste, que toutes les préparations de fer guérissent la chlorose ; que par conséquent il ne reste plus que deux questions à résoudre, la substance étant là, c'est 1° d'établir quel est le mode qui amène le plus promptement ce résultat, 2° qui fatigue le moins l'estomac.

Ainsi il s'agit donc, non de trouver le remède pour guérir la chlorose, mais d'indiquer un mode d'administration qui puisse, sans obstacle, être administré à diverses susceptibilités, et qui triomphe du mal avec une rapidité suffisante pour ne pas dégoûter les malades, fatiguer leur estomac ou les exposer à une chlorose chronique.

En jetant un coup d'œil sur mes nombreuses observations, et en cherchant à me rendre compte de ma pratique de tous les jours, j'ai vu que les sels de fer s'assimilaient moins par leur solubilité que par l'action que paraissaient avoir sur eux les acides et les sucs de l'estomac. Je me suis convaincu que le carbonate ferrique, malgré ses inconvénients, est encore celui dont les effets sont les plus avantageux. J'ai pensé dès lors que s'il était possible d'administrer le carbonate ferreux en empêchant sa rapide oxydation, tout le problème serait trouvé. Mon ami le docteur Gerdy jeune m'ayant appris que M. le docteur Derouet-Boissière avait incorporé, après sa précipitation, le carbonate ferreux dans de la pâte de froment pour en faire du pain, et que ce mode avait réussi chez un grand nombre de malades de la capitale, je songeai à utiliser ce renseignement en province. En effet il fallait renoncer à ce mode d'administration par le pain, comme complétement impraticable. Je ne tardai pas à penser que si l'action du gluten dans la pâte s'opposait à l'oxygénation du carbonate ferreux, un mucilage de gomme adragant très-consistant aurait la même propriété. Je chargeai donc M. Narsan, pharmacien habile, d'incorporer, de suite après la précipitation et la filtration, la pâte du carbonate ferreux avec le mucilage, puis d'y ajouter la quantité de sucre nécessaire pour faire des pastilles aromatisées avec une essence. J'obtins ainsi des pastilles très-agréables, contenant chaque 18 centigrammes de carbonate ferreux hydraté, ou 9 centigrammes anhydre. Ces pastilles se conservent sans altération. J'en ai qui datent de plus de cinq mois, et qui ont toujours à la cassure la même couleur verdâtre, et la même âpreté stiptique qui rappelle le goût de l'encre. Cependant je dois dire que, si après quelques jours ou plusieurs mois, on fait fondre ces pastilles, le carbonate ferreux se précipite sous la forme d'une poudre volumineuse encore verdâtre, mais n'ayant plus l'éclat de la blancheur première d'un précipité instantané. Cette coloration dépend probablement d'une certaine quantité d'oxygène que l'oxyde ferreux a soustrait à l'eau interposée pendant la dessiccation des pastilles, quantité pourtant de beaucoup insuffisante pour le faire passer à l'état ferrique, car ce n'est que plus tard, et à l'exposition à l'air, qu'il passe au rouge safrané. Du reste, dans cet état il paraît être encore suffisamment soluble dans les acides de l'estomac, qui se l'approprient plus facilement que toute autre substance. Ce moyen a la propriété de préser-

ver, jusqu'ici, mieux que tout autre, le carbonate ferreux de sa prompte oxygénation ; il fournit un remède facile pour la préparation pharmaceu- tique, et surtout pour ses applications thérapeutiques ; il est agréable au goût des malades, qui le mangent comme des bonbons ; je n'ai trouvé encore personne, pas même les plus difficiles, et qui n'avaient pas voulu continuer les autres traitements, qui manifestassent la moindre répugnance. Sans action irritante sur l'estomac, il peut être donné à jeun, ce qui, d'après mon observation, en doublo au moins l'effet. Ajoutons que par la rapidité de son assimilation il dispense des doses élevées qui sont rendues nécessaires avec les autres moyens, doses élevées qui ne laissent pas que de finir par fatiguer l'estomac, et toujours par dégoûter les malades.

Sur trente-trois observations de chloroses aiguës recueillies avec soin, dix-huit malades ont été traitées après deux mois et demi à trois mois d'invasion, et ont été guéries après avoir pris 250 pastilles à la dose de 6 par jour ; quatre autres malades, après un mois et demi d'invasion, ont été guéries avec 150 pastilles, toujours prises à la même dose. Des onze dernières, chez lesquelles la chlorose datait de trois à cinq mois, et qui avaient fait, pour la plupart, divers traitements antérieurs, cinq ont été entièrement guéries après 300 pastilles. Les six autres ayant cessé leur traitement à diverses reprises, sont aujourd'hui sous l'empire d'une chlorose chronique dont nous n'avons pu jusqu'ici déterminer la durée. De sorte que l'on peut dire quo, dans la grande majorité des cas, 200 à 250 pastilles de carbonate ferreux suffisent pour guérir la chlorose ·ië. Ajoutons néanmoins qu'en nous appuyant sur le tableau com- ratif qui précède et sur nos observations de chaque jour, nous ne pourrions établir une moyenne rigoureusement exacte de la durée du traitement de cette maladie, parce que cette durée est en raison directe de l'ancienneté de son invasion ; que d'ailleurs, si l'on ne s'entend pas bien sur la valeur des mots, on peut faire varier cette moyenne d'une manière entièrement favorable à la durée du traitement, si l'on considère comme guérison la cessation des accidents de la chlorose. Or, nous l'avons déjà dit, pour nous la guérison n'existe qu'alors que les troubles nerveux et circulatoires ont disparu depuis longtemps, et que la coloration de la peau a repris ses caractères normaux et même la fraîcheur de la santé.

Un autre avantage des pastilles de carbonate ferreux qu'aucune préparation martiale n'a encore possédé, avantage qui simplifie beaucoup leur administration et les rend précieuses surtout pour les praticiens des campagnes, qui ont plus besoin que tous autres de précision pour être compris de leurs malades, c'est qu'il n'est pas nécessaire de donner cette préparation à doses successivement croissantes. Elles ne fatiguent jamais

l'estomac, on n'a donc pas besoin d'habituer cet organe à les tolérer. Aussi je les administre toujours de la même manière et pour toute la durée du traitement. Je donne tous les jours 6 pastilles, 2 le matin à jeun, 2 dans le courant de la journée, et 2 le soir en se couchant, après les digestions. Mes malades prennent ainsi par jour 90 centigrammes de carbonate ferreux hydraté, qui correspondent, d'après les calculs faits, à 45 centigrammes anhydre. Cette dose m'a paru toujours suffisante. J'ai reconnu d'ailleurs qu'une plus forte ne conduisait pas à des résultats meilleurs ni plus prompts. Serait-ce parce que l'économie ne peut s'approprier dans un temps donné qu'une quantité de fer déterminée, et que tout ce qui s'éloigne de cette proportion devient du superflu? J'interrogerai l'observation, elle seule peut me répondre. Je dois ajouter en terminant que, comme tous les praticiens, j'ai cherché à aider l'action des ferrugineux, quelquefois par l'usage simultané des toniques, mais toujours par une nourriture succulente, généreuse et réparatrice, et par l'éloignement de toutes les causes affaiblissantes qui avaient pu concourir à l'établissement du mal.

A. Dauvergne,
médecin de l'hospice de Manosque (Basses-Alpes).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR QUATRE POLYPES DU RECTUM OBSERVÉS SUR DE JEUNES GARÇONS DE DEUX ANS ET DEMI A SEPT ANS, ET SUR LEUR TRAITEMENT.

Les polypes du rectum chez l'adulte, sans être très-rares, ne sont cependant pas une affection qu'on rencontre fréquemment; ils doivent être encore moins communs chez l'enfant, car les auteurs que j'ai pu consulter à cet égard, même le minutieux Boyer, qui s'est occupé, en quelque sorte, spécialement des maladies chirurgicales de l'anus, ne citent aucun cas de ce genre. C'est ce qui m'a engagé à publier quatre observations de tumeurs polypeuses rectales que j'ai été à même de rencontrer depuis dix-huit mois chez de jeunes enfants du sexe masculin. Les tumeurs avaient entre elles la plus parfaite analogie. Trois de ces enfants étaient d'une excellente constitution; le troisième offrait seul une organisation lymphatique et légèrement viciée. Tous quatre appartenaient à des parents sains, n'avaient jamais eu de maladies, ni d'accidents analogues. Le plus âgé avait sept ans; les trois autres n'avaient pas passé trois ans et

demi; chez tous, et sans cause connue, il survint, après les évacuations alvines, un écoulement sanguinolent, d'abord léger, qui ne tarda pas à augmenter, et fut suivi, chez un d'eux au bout de quelques jours, chez les trois autres après quelques semaines, de la sortie d'une tumeur rouge, offrant l'apparence d'une fraise, qui ne se présentait qu'après les selles, et ne rentrait quelquefois qu'au bout d'une heure. Dans aucun cas le sang n'était combiné aux excréments; jamais non plus l'écoulement sanguin ne devint inquiétant par son abondance. Ces tumeurs ne paraissaient pas déterminer de douleur, et la santé des petits malades n'en fut jamais affectée d'une manière apparente; mais, on le concevra facilement, les parents étaient vivement tourmentés de la maladie de leurs enfants.

La tumeur a constamment présenté une forme arrondie, légèrement aplatie latéralement; son segment inférieur ou externe était plus volumineux que celui qui correspondait à l'intestin; sa face supérieure offrait dans son centre l'insertion du pédicule, toujours assez étroit. La grosseur du polype était celle d'une fraise; sa surface, d'un rouge vif, surtout à sa partie inférieure, était comme papilleuse, et avait beaucoup d'analogie avec le fruit dont je viens de parler; sa consistance était ferme. Après avoir divisé le polype avec le bistouri, on reconnaissait que son organisation était fibro-celluleuse, peu vasculaire, d'un blanc grisâtre. Trois fois le pédicule mince a offert 4 à 5 centimètres de longueur; son tissu était dense, sa couleur blanchâtre; son extrémité supérieure allait s'implanter sur la muqueuse rectale, au-dessus du sphincter interne, au niveau du bas-fond de la vessie. Dans le quatrième cas, ce pédicule, rouge, plus vasculaire et plus épais que les précédents, n'avait qu'un centimètre de long, et s'insérait en arrière du rectum, entre les deux sphincters.

Quelle a pu être la cause du développement de ces excroissances? Il est assurément difficile de le préciser. En effet, chez nos quatre malades, nous ne trouvons aucune affection morbide analogue : trois d'entre eux, je l'ai dit plus haut, étaient d'une santé excellente, et n'avaient, que je sache, jamais été dérangés d'une manière notable; le quatrième, bien que sujet à la diarrhée, à des éruptions herpétiques, n'a rien eu non plus qui pût expliquer le développement de l'affection qui nous occupe. Comment se fait-il qu'une maladie qui s'est offerte quatre fois à mon observation dans un laps de temps assez court, ne soit pas signalée d'une manière spéciale par les auteurs? On ne peut assurément en donner la raison que par cette singulière coïncidence, qu'on pourrait presque appeler *loi du hasard*, qui fait que lorsqu'on vient à rencontrer en médecine, et surtout en chirurgie, un cas rare et extraordinaire, il est presque constant d'en voir bientôt plusieurs d'une même nature,

ou de nature analogue, se présenter simultanément à l'observation, bien que ces faits ne reconnaissent aucune cause générale qui ait pu leur donner naissance dans le même temps. Je ne chercherai pas non plus à expliquer d'une autre manière la présence de ces polypes chez de jeunes garçons seulement; car il est très-probable que les deux sexes y sont également prédisposés.

Le diagnostic de cette affection devra presque toujours être facile; lorsque la tumeur est sortie, il est impossible de la méconnaître à sa couleur rouge, à son isolement complet du pourtour de l'anus, à sa forme même, à sa disposition pédiculée, et à l'absence complète de douleur. On ne pourrait guère la confondre avec des tumeurs hémorrhoïdales. Mais, outre que ce genre de mal est très-rare dans l'enfance, il occasionne habituellement une vive douleur ; sa coloration est livide, sa surface lisse, et sa forme beaucoup plus irrégulière, et elle n'est pas ou très-rarement pédiculée. Quant aux autres tumeurs de cette région, telles que rhagades, condylômes, etc., la plus légère attention suffira pour éviter toute méprise ; et d'ailleurs on sait que les enfants sont encore plus rarement atteints de ces dernières excroissances que des hémorrhoïdes : je ne parle pas du renversement du rectum, toute confusion est ici impossible. Lorsque le polype n'a pas encore franchi l'ouverture anale, que l'enfant éprouve un simple suintement sanguinolent pendant et après les garde-robes, on pourrait croire à l'existence d'un flux hémorrhoïdal. Dans les deux cas, en effet, il y a écoulement sanguin, absence de tumeur ; le sang n'est pas combiné aux matières; mais dans le flux hémorrhoïdal, presque toujours il y a un sentiment de pesanteur dans le siége, un état de malaise, un *molimen* enfin qu'on n'observe pas dans la maladie qui nous occupe ; et puis, le flux dont nous venons de parler est aussi peu commun dans l'enfance que les tumeurs du même nom. L'exploration à l'aide du doigt ferait facilement reconnaître la présence du polype, si les efforts de défécation ne venaient pas, en poussant le mal au dehors, éclairer d'une manière certaine son diagnostic.

Cette maladie, abandonnée à elle-même, finirait-elle par devenir dangereuse ? La tumeur acquerrait-elle un volume considérable ? Les observations que j'ai faites ne me permettent pas de répondre d'une manière absolue à ces questions ; pourtant je ne crois pas que ce mal soit, en raison de l'âge des sujets affectés, susceptible d'aucune dégénérescence fâcheuse ; je ne suppose pas non plus qu'il puisse acquérir un développement considérable. Un inconvénient qu''il pourrait peut-être entraîner serait le renversement de la membrane interne du rectum; mais dans tous les cas, je ne pense pas que le pronostic puisse jamais en être fâcheux.

Le traitement de ces polypes consiste, comme celui des tumeurs du même genre, dans leur ablation. La première fois que j'eus occasion d'en rencontrer, n'ayant pas de précédents pour me guider, je crus devoir recourir à la ligature, dans la crainte d'une hémorrhagie plus ou moins abondante. Ainsi, après avoir fait coucher le petit malade sur le ventre, les fesses écartées par un aide, je saisis le polype avec une pince, puis je tirai dessus afin d'agir le plus haut possible sur le pédicule; l'enfant fit alors un mouvement, et celui-ci se rompit à quelques millimètres du corps de la tumeur. Un léger écoulement sanguin eut lieu; il s'arrêta spontanément. Curieux de savoir ce qu'était devenu ce pédicule, je portai le doigt dans l'intestin, et malgré mes recherches, je ne pus le retrouver. Depuis ce temps, l'enfant n'a rien éprouvé qui pût faire croire à l'existence d'aucune excroissance dans le rectum. Ce fait m'engagea à suivre, dans les autres cas, une règle de conduite que le hasard m'avait tracée. Ainsi je me contente depuis de faire l'extirpation de ces polypes à l'aide des doigts. Pour cela, l'enfant étant fléchi à angle droit, le devant du tronc appuyé sur les genoux d'un aide vigoureux qui lui écarte les fesses, je glisse l'indicateur droit, enduit d'un corps gras, entre l'excroissance et le pourtour de l'anus; puis je le recourbe en tirant sur le mal, que je saisis simultanément avec le pouce, et, par un seul effort de traction et de torsion, je romps le pédicule, qui se sépare à une distance plus ou moins considérable du corps charnu; un léger écoulement sanguin suit cette rupture, et tout revient bientôt dans l'état naturel. Tel est le mode opératoire qui me semble le plus convenable lorsque la tumeur est sortie, ce qui a lieu ordinairement après les évacuations alvines. Dans le cas où le polype ne se présenterait pas au dehors, on chercherait à déterminer sa sortie à l'aide de lavements simples, et même laxatifs au besoin. Si on n'y parvient pas par ce moyen, et qu'on ne puisse attendre, il faut aller à la recherche du mal, comme j'ai été obligé de le faire une fois, et tâcher de l'amener à l'extérieur, ou bien reporter un second doigt dans l'intestin, le saisir entre ces deux organes, et rompre le pédicule en tirant à soi. Je ne pense pas que l'hémorrhagie soit vraiment à craindre en pareil cas : si le sang coulait en certaine abondance, quelques lavements froids suffiraient pour s'en rendre maître. On conçoit du reste qu'il n'est besoin dans ce cas d'aucun régime diététique; le petit malade peut reprendre de suite ses habitudes.

Obs. I. Le nommé Renard, âgé de sept ans, bien constitué et bien portant, rendait depuis quelque temps, en allant à la selle, une certaine quantité de sang sans paraître souffrir de cet écoulement. Consulté sur sa position, je ne savais trop à quoi l'attribuer, lorsque, au bout de deux ou trois semaines, la mère aperçut une excroissance char-

nue, d'un rouge vif, qui sortait après la défécation et rentrait au bout d'un certain temps. L'enfant m'étant présenté de nouveau, je reconnus de suite un polype supporté par un pédicule long de quatre à cinq centimètres, qui allait s'implanter sur la partie antérieure de l'intestin rectum; je conseillai l'extirpation du mal, et je la pratiquai le 1er février 1841. N'ayant aucun précédent pour me guider, j'eus l'idée d'attirer le plus possible au dehors le polype pendant qu'il était sorti, et de faire la ligature de son pédicule. Pour cela, je fis placer l'enfant dans la position indiquée plus haut, tandis qu'avec une pince à polype nasal, que je pris de la main droite, je saisis la tumeur, et en cherchant à l'attirer à moi avec un certain effort, son pédicule se rompit et rentra de suite. Un peu de sang s'écoula par l'anus, et il fut impossible de constater ce qui restait du mal. Quoi qu'il en soit, l'enfant ne s'est ressenti de rien depuis cette époque.

L'examen de la tumeur polypeuse me fit reconnaître un corps charnu, arrondi, un peu aplati latéralement, à surface papilleuse, d'un rouge vif, surtout à sa partie inférieure; sa face supérieure offrait une légère dépression avec perte de substance, correspondant à l'insertion du pédicule; sa grosseur était celle d'une forte fraise; son tissu, d'un blanc grisâtre, était dense, peu vasculaire, presque cellulo-fibreux.

Obs. II. Le nommé Charpentier, de la commune de Dannemois, enfant de deux ans et demi, fort et bien constitué, rendait sans douleur, depuis quelque temps, une certaine quantité de sang après avoir été à la selle, lorsque sa mère, alarmée, s'aperçut qu'il lui sortait par le fondement une grosseur d'un rouge vif, qui rentrait seule peu de temps après la défécation. Les parents me prièrent alors d'aller visiter leur enfant; je m'y rendis le 5 avril 1841. La grosseur n'étant pas sortie, je lui fis administrer sans succès plusieurs lavements simples et même rendus laxatifs à l'aide d'un peu de savon. N'ayant pu réussir à faire sortir l'excroissance, je fis placer l'enfant comme dans le cas précédent, et j'introduisis l'indicateur dans l'anus, ce qui me permit de sentir la tumeur qui flottait dans l'intestin, appendue à sa face antérieure, au niveau du bas-fond de la vessie, au moyen d'un pédicule long de plusieurs centimètres; ne pouvant l'amener au dehors avec le seul doigt indicateur, je glissai le medius à côté de celui-ci, ce qui me permit de le saisir entre ces deux doigts et de l'arracher en tirant modérément. Un peu de sang s'écoula; l'enfant ne parut pas souffrir, et retourna même jouer immédiatement. J'ai appris depuis qu'il n'avait rien éprouvé de nouveau vers le lieu primitivement malade. L'absence de tout accident, après l'opération du petit Renard, m'engagea à agir de la manière que je viens d'indiquer.

Le polype était de même forme et de même grosseur que le précédent; sa surface également rouge et comme papilleuse; son tissu cellulo-fibreux; le pédicule s'était déchiré à quelques millimètres de son insertion.

Obs. III. Le jeune Hubert, âgé de trois ans et demi, d'une constitution lymphatique, ayant eu une dentition assez difficile, fut pris, vers le commencement du printemps dernier, d'un écoulement sanguinolent assez abondant chaque fois qu'il allait à la selle; au bout de quelque temps, on s'aperçut qu'alors il lui sortait par l'anus une grosseur arrondie, d'un rouge cerise, d'une surface légèrement granuleuse, ressemblant assez exactement à une fraise; cette tumeur restait sortie pendant une demi-heure environ, puis rentrait spontanément. La mère de l'enfant me pria un jour de l'examiner, et ayant reconnu de suite un polype absolument de même nature que les précédents, j'en pratiquai l'extirpation le 28 juin 1842. L'excroissance étant sortie, je fis, comme dans les deux cas précédents, placer l'enfant le ventre appuyé sur les genoux d'un aide, qui, avec ses deux mains, lui écartait les fesses; puis j'introduisis l'indicateur droit, huilé, dans l'anus, à côté de la tumeur, dont le pédicule, étroit et long de plusieurs centimètres, prenait naissance sur le devant du rectum, au niveau du bas-fond vésical : je tirai un peu sur le polype, saisi entre ce doigt et le pouce, et le pédicule se rompit à quelques millimètres de son corps. Sa texture, sa forme et sa couleur étaient complétement identiques à celles des précédents. Un léger écoulement sanguin suivit; l'opération à peine terminée, l'enfant se remit à jouer, et depuis lors il n'a rien ressenti vers le point malade.

Obs. IV. — Le jeune Robillard, âgé de trois ans et demi, garçon fort et bien portant, rendit tout à coup, en allant à la selle, il y a quelques semaines, une assez grande quantité de sang; sa mère s'aperçut bientôt qu'il lui sortait par l'anus une espèce de cerise, comme elle l'appelait. Depuis ce temps, cette grosseur s'est toujours représentée dans les mêmes circonstances; elle restait sortie une demi-heure ou une heure, puis rentrait d'elle-même ; elle ne s'accompagnait, du reste, d'aucune altération dans la santé de l'enfant. Le 29 juillet dernier, j'en pratiquai l'extirpation de la même manière que dans les autres cas; il y eut cependant cette différence, qu'ici le pédicule était court, assez épais, et qu'au lieu de s'implanter dans la partie antérieure de l'intestin, il se fixait en arrière de celui-ci, entre les deux sphincters de l'anus. Au lieu de le rompre, je le coupai avec l'ongle du pouce ; l'enfant ne jeta pas un seul cri; le peu de sang qui sortit s'arrêta bientôt; depuis lors, il ne s'est rien manifesté de nouveau. La tumeur était en tout semblable aux précédentes.

Comme on vient de le voir, la ressemblance la plus frappante existe entre les quatre observations que je viens de décrire; dans tous les cas, la tumeur a la même forme, la même organisation, le même volume; une seule fois, elle diffère par son insertion, qui a lieu en arrière. Tous les enfants sont du même sexe; rien, chez eux, ne peut faire reconnaître la cause de la maladie; la marche de celle-ci présente également, chez tous, une ressemblance complète. Comment se fait-il qu'une affection que j'ai rencontrée quatre fois dans un assez court espace de temps ne se trouve décrite nulle part? Doit-on attribuer le silence des auteurs à l'innocuité du mal, ou à sa rareté? Dans tous les cas, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de faire connaître les faits qui précèdent, et le traitement qui m'a toujours réussi. Sans doute que d'autres praticiens auront été à même d'en recueillir d'analogues sur les deux sexes; je serais heureux de les voir également publiés, dans l'intérêt de la science, et pour compléter une lacune dans les maladies de l'anus chez les enfants.

Bourgeois,
Chirurgien en chef de l'hôpital d'Étampes.

MÉMOIRE SUR LE STAPHYLÔME PELLUCIDE CONIQUE DE LA CORNÉE (CONICITÉ DE LA CORNÉE), ET PARTICULIÈREMENT SUR SA PATHOGÉNIE ET SON TRAITEMENT, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR LES STAPHILÔMES EN GÉNÉRAL.

(Suite.)

X. *Du staphylôme pellucide partiel.* — Il existe une espèce de staphylôme pellucide qui n'a pas une forme conique bien prononcée, qui n'occupe qu'une portion de la surface de la cornée, et que par ces raisons on peut appeler staphylôme pellucide partiel. Cette affection n'est qu'une modification de la conicité de la cornée, et se forme comme elle à la suite d'une inflammation ulcéreuse de cette membrane, lorsque la cicatrice ne devient pas assez ferme pour résister à l'action des muscles et à l'impulsion qu'elle donne aux humeurs. L'observation suivante en donnera une idée fort nette.

R...., homme de peine, âgé de quarante-deux ans, a été traité à ma clinique en 1835. Affecté depuis longues années d'une ophthalmie produite par sa constitution lymphatique, et étant sorti sans amélioration considérable de différents services d'hôpitaux, il ne distingue plus le jour de l'œil gauche, le plus malade des deux. La partie supérieure de la cornée présente des vascularités. A la jonction de ses deux quarts supérieurs on voit une cicatrice transversale étroite, formant une bande-

lette presque linéaire, d'une couleur blanc-bleuâtre assez foncée. L'iris est adhérent par son bord pupillaire supérieur à cette cicatrice qui est assez épaisse, mais nullement élevée au-dessus du niveau de la cornée. Au-dessous de cette cicatrice foncée et étroite on en voit une autre occupant environ les deux quarts moyens de la membrane, plus claire et plus large, d'une teinte bleu-blanchâtre lactescente, un peu plus foncée au centre et se perdant insensiblement à la circonférence. Regardée en face, elle paraît un peu élevée et d'un aspect opalescent qui a quelque chose de particulier; un œil exercé y reconnaît même quelque analogie avec le staphylôme pellucide de la cornée; mais il est impossible de préciser davantage cette analogie ou de l'exprimer par le dessin.

Mais, examiné de profil, l'œil change entièrement d'aspect. On voit la partie supérieure de l'iris s'avancer en forme de petit toit et adhérer fortement, par sa marge pupillaire supérieure, à la cicatrice épaisse et étroite. Elle est tellement tiraillée en avant, qu'en regardant de bas en haut on peut voir sa face postérieure uvéenne; les fibres iridiennes sont tiraillées de bas en haut, vers l'adhérence; ce tiraillement change notablement leur couleur. Les deux quarts moyens de la cornée, dans toute l'étendue de la cicatrice large et superficielle, ne se présentent plus opaques et plats, mais transparents et élevés au-dessus du niveau normal de la cornée : ils forment une espèce de cône aplati dont la base commence en haut au bord inférieur de l'opacité transversale et étroite, et se termine en bas dans la circonférence inférieure de la cicatrice superficielle; les côtés de cette espèce de pyramide aplatie s'élèvent très-insensiblement; sa base, mesurée de haut en bas, de profil, est de cinq millimètres (deux lignes et demie) environ, tandis que son diamètre antéro-postérieur, du sommet à la base, est d'un peu plus de deux millimètres (une ligne) au-dessus du niveau normal de la cornée : le sommet est aplâti ou arrondi. Voici pourquoi nous avons dit que dans ce cas il n'y avait pas une conicité proprement dite de la cornée. Toute cette partie saillante, regardée de profil, avait une teinte jaune-doré un peu opaline et un reflet luisant comme dans la conicité ordinaire, sauf l'éclat étincelant, qu'on ne pouvait produire dans aucune position ni à aucune lumière; chose facile à expliquer, cette forte réflexion des rayons lumineux ne pouvant avoir lieu que quand le sommet du cône est plus ou moins pointu, et non quand il est aplati. Cet aspect de l'élévation a été très-bien reproduit par le dessin; c'est le seul cas où l'affection ait été représentée d'une manière satisfaisante par l'artiste.

Il est évident qu'ici le staphylôme pellucide s'est formé dans toute l'étendue de la cicatrice mince, tandis que la bandelette opaque et presque linéaire dans le trajet de laquelle la cornée a acquis de la fermeté a ré-

sisté à l'impulsion donnée aux humeurs par les muscles, et est restée aplatie malgré son adhérence avec l'iris. Ces circonstances, en confirmant notre opinion sur l'origine de la conicité, sont en opposition avec la théorie de Beer sur le staphylôme de la cornée, théorie dans laquelle l'adhérence entre cette membrane et l'iris est regardée comme essentielle; or, c'est juste dans la partie adhérente que la cornée a conservé tous ses caractères normaux, à l'exception de sa transparence.

Le malade qui fait le sujet de l'observation ci-dessus rapportée a été traité pour l'ophthalmie chronique; mais, vu la cécité complète de l'œil, dépendante d'une altération des membranes internes, rien n'a été tenté contre la conicité partielle de la cornée.

XI. *Quelques mots sur le staphylôme pellucide sphérique de la cornée.* — Ce que quelques auteurs ont décrit sous ce nom a été regardé par d'autres comme une hydrophthalmie antérieure. Je doute que cette dernière maladie existe réellement sans que la chambre postérieure de l'œil y participe à un certain degré. Il me paraît très-vraisemblable que les tumeurs de cette nature, où la cornée augmente de volume selon son diamètre antéro-postérieur, sans accroissement de sa circonférence et des autres diamètres du globe oculaire, n'appartiennent point à la classe des hydrophthalmies, mais bien plutôt à celle des simples distensions de cette membrane par l'amincissement de son tissu. Nous avons déjà prouvé, en traitant de l'anatomie pathologique et du kératocèle, que la cornée, au lieu de devenir conique, peut, en s'accroissant selon son diamètre antéro-postérieur, prendre, dans certaines conditions, une forme voisine de la sphérique, surtout lorsque l'amincissement de sa substance occupe une plus grande surface. Pourquoi, lorsque plusieurs de ses lames sont usées et détruites presque uniformément dans toute son étendue, sans avoir beaucoup perdu de leur transparence, ne formerait-elle point un staphylôme pellucide complétement sphérique? La présence d'une légère opacité plus ou moins apparente de la membrane malade pourrait servir à confirmer cette opinion. Nous n'entrerons point dans des détails ultérieurs sur ce point qui sort de notre sujet, et qu'il suffira d'avoir signalé à l'attention de nos confrères, en nous rapportant à ce que nous avons dit dans le paragraphe X.

XII. *Causes.* — D'après ce que nous avons dit jusqu'ici, l'on voit que nous ne devons admettre que deux causes directes ou occasionnelles de cette affection, savoir : 1° la kératite ulcéreuse, l'amincissement de la cornée qui en résulte, et la formation d'une cicatrice trop peu ferme pour résister à l'impulsion donnée aux humeurs de l'œil par la contraction de ses muscles, et 2° le kératocèle. M. Chélius a fort bien reconnu la première de ces deux causes; mais il attribue à tort, selon nous, une

part dans la production de la maladie à la pression de l'humeur aqueuse trop abondante et à une espèce d'hydropisie de la chambre antérieure. Quant à l'ulcération et à l'opacité de la cornée, les malades nient en général avoir eu des ophthalmies ; mais ils ont pu en être affectés dans leur enfance et n'en avoir pas eu connaissance, comme cela arrive journellement pour des taies non accompagnées de conicité. C'est ainsi que le malade de Demours père n'a éprouvé les premiers symptômes du staphylôme pellucide que quinze ans après la variole. Le staphylôme pellucide conique se développe souvent longtemps après cette première ophthalmie, probablement sous l'influence d'autres causes locales et générales encore inconnues. Ainsi, un travail assidu, l'habitude du clignotement, une irritation accidentelle des yeux produite, par exemple, par la présence d'un corps étranger, en sollicitant une contraction forte et continue des muscles oculaires, pourraient donner lieu à la distension d'une ancienne cicatrice accompagnée d'amincissement de la cornée, et à la formation de la conicité de cette membrane. Sous de pareilles circonstances, la maladie paraît quelquefois pouvoir se développer rapidement. C'est ainsi qu'on rapporte que, dans un cas, la maladie s'est formée brusquement par suite de l'aspect d'un mur vivement éclairé et de la contraction très-violente des muscles de l'œil ; que, dans d'autres, des efforts faits pendant le vomissement et la toux l'ont fait augmenter rapidement. Peut-être que l'observation si singulière d'une distension énorme des deux cornées sur le cadavre d'un criminel exécuté par la corde, rapportée par Burgman (dans *Haller, Disput. chirurg.*, t. I), où ces membranes pendaient sur la joue en forme de longues cornes, trouverait son explication dans l'existence antérieure d'une cicatrice peu ferme ou d'un kératocèle.

Des causes générales, en donnant lieu à une congestion cérébro-oculaire, semblent favoriser le développement de la maladie. Plusieurs fois j'ai vu des personnes du sexe affectées en même temps de conicité de la cornée et de dysménorrhée ; j'aurai à revenir sur ce point à l'occasion du traitement. Toutes les circonstances capables de produire une inflammation de la cornée, avec ulcération ou kératocèle, peuvent d'ailleurs devenir des causes éloignées de conicité. D'après mon expérience personnelle, je dois me ranger de l'avis d'Adams, qui pense que cette maladie n'appartient en propre à aucun âge. Bien qu'il soit le seul qui ait vu cette affection sur une femme septuagénaire, et que pour ma part je n'en aie trouvé atteintes que des personnes âgées de moins de cinquante ans ; bien que je l'aie plusieurs fois observée sur de jeunes filles à l'âge de la puberté, et jamais, comme le dit fort bien Phipps, avant l'âge de quatorze ou quinze ans ; je ne puis néanmoins admettre, comme semble l'avoir

fait ce dernier, que la maladie soit plus particulièrement l'apanage de l'époque de la puberté ; elle m'a d'ailleurs paru à peu près également fréquente chez les deux sexes et chez les personnes jeunes et âgées. Adams l'a vue plus souvent sur des femmes et sur des individus peu âgés. On comprendra au reste qu'il est difficile de faire de la statistique sur des affections en général aussi rares.

XIII. *Marche.* — La maladie, qui se voit quelquefois au même degré aux deux yeux, débute d'ordinaire dans un seul œil, ce qui fait que le plus souvent on la trouve beaucoup plus avancée d'un côté. Elle marche très-lentement et reste souvent stationnaire pendant un grand nombre d'années, comme nous avons pu voir, peut-être même quelquefois pendant toute la vie, à l'état de petite proéminence peu prononcée, de la nature de celle décrite dans le paragraphe VIII. Sa marche, à part quelques faits isolés et exceptionnels d'un développement rapide, déjà mentionnés dans le paragraphe précédent, est toujours très-lente, mais assez généralement continue ; quelquefois la maladie semble s'arrêter en entier, au moins pendant longtemps. Plusieurs auteurs disent qu'elle s'arrête toujours lorsqu'elle est arrivée à une certaine période de son développement ; d'autres, qu'après un certain temps de son existence elle est suivie de l'opacité du sommet du cône. Je crois qu'il est dangereux de se fier à la première de ces assertions, par la raison que, lors de l'arrêt spontané de la marche de l'affection, la myopie sera le plus souvent devenue l'équivalent de la cécité. Quant à la seconde, je la crois basée sur une erreur ; j'ai déjà dit que l'opacité du sommet s'est montrée à moi constante ; jamais je ne l'ai vue augmenter, ce qui ne pourrait guère avoir lieu que par suite d'une nouvelle ophthalmie. Il est probable que, dans les cas mentionnés par les auteurs, l'opacité existait dès le commencement et n'avait été reconnue que plus tard ; ou peut-être l'opacité existante augmente quelquefois par suite d'une phlogose chronique produite par l'extension incessante de la membrane. Il a été dit, dans le paragraphe V, que nous n'avons pas vu de cas où cette cicatrice fût épaisse ; mais en rappelant bien nos souvenirs, nous en avons cependant trouvé deux, dans notre pratique, où le sommet de la conicité se terminait par un véritable leucôme ou albugo, et nous en avons rencontré un troisième depuis la publication de la première partie du présent travail.

Quelle que soit la marche de cette maladie, elle n'est suivie d'ophthalmie que dans le cas d'un volume extraordinaire de la tumeur, où les paupières ne peuvent se fermer qu'imparfaitement et en froissent continuellement le sommet ; dans celui de l'emploi de moyens irritants capables de produire de l'inflammation, ou enfin lors de l'action accidentelle d'autres causes de phlegmasie. Je ne puis admettre que l'opacité du som-

met dont j'ai parlé plus haut puisse aller jusqu'à la transformation de la tumeur en staphylôme opaque ordinaire. Sous ce rapport, Demours a commis une faute en disant (t. I, p. 316) : « La protubérance augmente dans quelques cas rares, se montre accompagnée d'ophthalmie, et sort de cette classe particulière pour entrer dans le nombre immense des staphylômes de la cornée (t. II, p. 430). » Dans l'observation sur laquelle Demours se base ici, la nature de l'affection n'était bien constatée ni lors de son début, ni lors de son entier développement. Quelle confiance, d'ailleurs, peut inspirer un auteur qui, dans une maladie aussi rare que celle dont il s'agit, après avoir dit (t. I, p. 316) posséder « dans les journaux de son père et dans les siens des notes relatives à plus de cent cas de lésions de cette espèce », n'en donne pas une seule observation complète et bien faite qui lui soit propre, et se borne à communiquer l'histoire obscure d'un cas racontée par un malade et envoyée au père de l'auteur près d'un siècle avant la publication de son ouvrage (en 1747)!

Il n'est pas probable que jamais le véritable staphylôme pellucide conique de la cornée, à l'état simple, se termine par la rupture de cette membrane. Dans un cas de cette terminaison, rapporté par Demours, la maladie n'était point une conicité de la cornée bien avérée.

XIV. ***Des différents moyens employés jusqu'ici contre la conicité de la cornée.*** — Si l'on consulte les auteurs sur le traitement du staphylôme pellucide conique, on trouve que l'empirisme le plus désolant règne dans leur thérapeutique, comme le vague a régné dans leur théorie. Les moyens employés par eux peuvent se réduire aux catégories suivantes que nous allons successivement passer en revue.

1° ***Topiques irritants***, surtout les irritants narcotiques dont l'action est transitoire et ne produit qu'une injection passagère de l'œil sans phlegmasie. Ces agents tiennent le milieu entre les simples irritants et les narcotiques. Ce sont surtout l'infusion concentrée de feuilles de tabac, particulièrement vantée par Ware, qu'on emploie trois ou quatre fois par jour, et le laudanum de Sydenham ou la teinture d'opium, instillés une à deux fois par jour dans l'œil malade. Le premier de ces moyens avait probablement été choisi dans le but de stimuler localement la résorption et de diminuer la quantité trop abondante de l'humeur aqueuse, cause supposée de la maladie. M. Bénédict a mis en usage la pommade d'oxyde rouge de mercure, d'autres ont employé celle de précipité blanc. On a essayé de rendre plus actif le laudanum par l'addition d'éther sulfurique alcoolisé, etc.

2° ***Les astringents***, tels que les fomentations d'eau froide, les bains d'yeux froids, la solution plus ou moins concentrée de sulfate de zinc, de

cuivre, de fer, de cadmium, celle de pierre divine, et, dans ces derniers temps, celle de nitrate d'argent. Gibson a particulièrement vanté une solution d'alun dans une décoction d'écorce de chêne.

3° *La compression*, employée autrefois contre le staphylôme opaque de la cornée, moyen inefficace et dangereux, jugé depuis longtemps, bien qu'on ait tenté de nos jours de l'introduire de nouveau dans la pratique, la compression a aussi été mise en usage contre la conicité. Demours a indiqué et figuré un bandage particulier destiné à cet effet. D'après ce que nous avons dit sur la pathogénie de la maladie, on comprend facilement que la compression la plus méthodique ne saurait exercer d'action durable. Aussi n'en a-t-on retiré aucune utilité; peu de malades, d'ailleurs, comme l'a constaté M. Bénédict, et comme on le conçoit facilement, supportent une pression continue exercée sur un organe aussi délicat. M. Desmarres m'a cependant dit avoir observé, dans un ou deux cas, une diminution très-notable et presque la disparition de la tumeur; mais comme il n'a pas revu depuis longtemps ses malades, il n'a pu se convaincre si la guérison s'est maintenue. Nous pensons donc que la compression, employée avec les ménagements nécessaires et associée à d'autres moyens rationnels, pourra avoir quelque utilité.

4° *Les caustiques*, surtout la cautérisation du staphylôme avec le nitrate d'argent en substance. Elle a été employée de bonne heure, mais sans méthode.

5° *La ponction de la cornée*, pratiquée avec une aiguille à cataracte droite et large, ou avec la pointe d'un kératotome, et répétée à plusieurs reprises à des intervalles plus ou moins longs. La lame de l'aiguille ou la pointe du kératotome doit être laissée pendant quelques instants entre les lèvres de la plaie, et être tournée doucement de côté et d'autre, afin de les écarter un peu et de faciliter l'écoulement de l'humeur aqueuse. On peut aussi se servir dans ce but d'une petite spatule mousse introduite après que l'instrument tranchant est retiré. Ceux qui connaissent la prodigieuse rapidité avec laquelle ce liquide se reproduit en peu de minutes quand il s'est écoulé complétement, n'auront que peu de foi dans son évacuation comme moyen de guérison de la maladie qui nous occupe. Aussi se plaint-on généralement de son inefficacité ou de son action trop passagère, même comme moyen palliatif, action que la compression et les astringents, employés comme auxiliaires, n'ont pas rendue plus puissante. Au moins, pour en obtenir les bons effets que M. Rau seul dit en avoir retirés, faudrait-il suivre son exemple, et faire des ponctions fréquemment répétées pendant longtemps, ou, selon le conseil de M. Chélius, pratiquées journellement ou tous les deux jours. Alors, on le conçoit bien, ce n'est plus l'évacuation du liquide qui produit l'effet principal, mais la phlegmasie

traumatique et exsudative de la partie amincie de la cornée qui, en épaississant cette partie de son tissu, la fait contracter et lui donne de la résistance, de sorte que l'impulsion des liquides ne peut plus la distendre de nouveau. La vacuité presque constante de la chambre antérieure et l'affaissement de la cornée peuvent tout au plus coopérer, en modérant la pression que subit cette membrane. Ainsi employé, ce moyen deviendrait l'analogue de la cautérisation, pratiquée d'après le mode que nous allons exposer plus loin. Pour ne point aggraver le mal au lieu de l'amender, il faut éviter la procidence ou l'adhérence de l'iris, l'extension de l'opacité et la blessure du cristallin et de sa capsule, infailliblement suivies de cataracte. Ces accidents, et surtout le dernier, priveraient le malade du peu de vision qu'il conserve, lorsque l'affection n'a pas encore atteint son plus haut degré. Pour les éviter, il faut ponctionner la proéminence au sommet, comme le conseille M. Chélius, ou, mieux encore, au centre de la petite cicatrice, ou à sa partie la plus opaque. Par ce moyen, on évitera non-seulement les dangers signalés, mais encore on agira directement sur la portion de la membrane dans laquelle la réaction inflammatoire est nécessaire, et au delà de laquelle elle ne doit point s'étendre. Mais la plupart des médecins, d'après une théorie erronée, n'ayant eu pour but que de vider la chambre antérieure, ont pénétré à une distance plus ou moins grande du sommet, et n'ont, par conséquent, pu retirer aucun avantage considérable de l'opération. Par des raisons faciles à concevoir, il est inutile et même dangereux de substituer à la simple ponction l'incision simple ou cruciale de la proéminence, proposition purement théorique jusqu'ici, à ce qu'il paraît, et qu'on semble avoir faite d'après l'analogie inadmissible du staphylôme cornéen opaque.

Pour terminer ce mémoire, il nous restera à examiner, dans un dernier article, parmi les différents moyens employés jusqu'ici contre la conicité de la cornée, quelle a été l'action des révulsifs, des moyens internes, de l'expectation, de l'ablation du cristallin ; et enfin, dans un dernier paragraphe, à exposer quelle est la méthode curative rationnelle appuyée par notre expérience.

Sichel.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DE L'AMAUROSE OU GOUTTE-SEREINE.

Je me propose, dans cette note, d'exposer la suite de mes études pratiques sur le traitement de l'amaurose. La première partie de mes recherches (voy. *Bull. de Thérap.*, t. XV, p. 28 et 286) avait pour objet

d'apprécier l'influence des préparations de noix vomique et de strychnine dans cette affection; j'ai fourni plusieurs observations pour préciser les indications pratiques. Cette seconde partie de mes recherches aura pour but l'étude des cas de goutte-sereine où cette médication ne convient pas, et qui exigent une méthode toute différente. C'est pour n'avoir pas bien compris les détails précis de diagnostic différentiel et de thérapeutique spéciale, que j'ai vu depuis quelques praticiens, venant à l'usage intempestif de ces moyens, les employer sans résultat. Le même remède ne convient pas dans tous les cas; il faut bien se garder d'appliquer les préparations de noix vomique dans toutes les espèces d'amaurose, on ne saurait trop le répéter : j'en produirai ici de nouveaux exemples.

Il faut le dire nettement : toutes les amauroses ne sont point identiques et ne doivent pas se traiter de même. Au fond, c'est une paralysie de la vue ; mais rarement elle se présente dans un état de simplicité : tantôt il y a complication d'anhémie ou d'hyperhémie oculaire; tantôt c'est une subinflammation chronique de la rétine, ou une asthénie visuelle qui survit à une congestion ou à une phlegmasie; tantôt c'est une névrose dyscrasique de la rétine qui entraîne une amaurose torpide, etc. Ce sont là autant de variétés morbides, et autant d'indications spéciales dont j'ai eu soin de donner des exemples. C'est donc, je le répète, à dégager la goutte-sereine de ces complications, à la réduire à son état de simplicité en décomposant et détruisant à mesure les divers éléments morbides qui s'y combinent, qu'il faut s'attacher avant d'attaquer l'amaurose elle-même. Cette distinction fondamentale ne doit jamais être perdue de vue.

La symptomatologie spéciale guidera; je noterai seulement qu'il y a contre-indication si la maladie tient à un ramollissement du cerveau, à une altération des os, à l'état variqueux de la rétine, à une tumeur orbitaire, à une phlegmasie latente, surtout chez les sujets pléthoriques à une iodiosyncrasie inflammatoire ou apoplectique, etc.

Citons quelques exemples nouveaux pour servir de guide et de complément aux huit observations que j'ai déjà fait connaître.

Obs. I. *Amaurose traumatique complète, avec commotion cérébrale à la suite d'un éclat de mine; guérison.* — André Salomon, trente ans, mineur, de Tirange (Haute-Loire), fort et sanguin, est apporté le 27 mai 1838, blessé à Couzon (Rhône) par un éclat de mine qui l'a renversé et jeté à quinze pas, lui a brûlé la figure et la poitrine avec ses vêtements, et a fait des plaies contuses aux deux bras, avec œdème des paupières et ecchymose de la conjonctive; il y a cécité complète. (Saignée, lavement et tisane laxatifs, diète, compresses d'eau blanche, cataplasmes.) Je préviens et détruis toute complication cérébrale.

11 juin, amaurose complète de l'œil droit, persistant, avec douleurs dans

le front et l'orbite; la vue est un peu revenue à gauche. (Seize saugsues à l'oreille droite.) La vue s'éclaircit, mais n'est pas encore égale, le 17, à celle de l'œil gauche, qui est revenu à peu près à l'état normal. Pupilles inégales, iris bleu tacheté (laxatif); la vue s'améliore et égale celle de l'œil gauche le 20. État général bon; appétit, fonctions normales. Le malade sort le 24, en très-bon état, et voyant bien.

Je n'ai eu garde d'employer ici les préparations de noix vomique, qui me semblaient contre-indiquées. On a vu par quels moyens j'ai triomphé de la lésion vitale produite par le traumatisme. Je passe à un exemple d'un autre genre.

Obs. II. *Amblyopie double, précédée de myopie et compliquée de surdité; guérison.* — Auguste Morel, chapelier, âgé de quarante et un ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 29 janvier 1838, dans le service de M. Colrat. Les moyens employés n'amenèrent pas de changements sensibles dans la goutte-sereine.

Le 12 février, M. Pétrequin, chargé du service par intérim, constata ce qui suit :

La vue a toujours été peu étendue, mais elle était nette; depuis trois ans, surtout, elle s'est beaucoup affaiblie, et, depuis dix mois, elle s'est troublée; les brouillards ont augmenté au point que le malade, ne distinguant plus, a pris la physionomie des aveugles. Un affaiblissement de l'ouïe est survenu et a fait des progrès dans la même proportion.

Les yeux sont gros et saillants, la cornée très-convexe, l'iris d'un roux brun, et la vue très-altérée. Il voit encore un peu de très-près, mais à deux pas de distance il ne peut reconnaître une personne; la vue est non-seulement myope, mais encore trouble; il ne peut se conduire seul dans les rues; des brouillards grisâtres voltigent devant ses yeux et s'épaississent de plus en plus; il n'aperçoit pas même les objets qui lui sont le plus familiers. Du reste, pas d'inflammation ni de douleurs dans l'œil, point de photopsie ni de chriopsie; mais parfois des étourdissements, des éblouissements; le sommeil est troublé; il y a des rêves pénibles. La constitution du malade est forte, son tempérament légèrement sanguin. Surdité progressive et intense. Pour qu'il entende, il faut qu'on lui parle très-fort et qu'il soit prévenu que c'est à lui qu'on s'adresse. État général bon; digestions normales.

14 février, potion purgative avec une once et demie de sulfate de soude; selles nombreuses. (Tisane de veau; deux pilules d'aloès.)

16, peu de sommeil; rêves pénibles; quelques maux de tête. (Saignée du bras de 14 onces.) Le lendemain, état et sommeil plus calmes; la vue ne s'améliore pas; les brouillards persistent; le malade perd l'espoir.

18, frictions sur le front et les tempes avec un demi-gros d'onguent napolitain en deux fois, pour un jour; petit-lait tamariné; une pilule d'aloès et une de calomel.

20, la tête est dégagée, le sommeil tranquille; la vue commence à s'éclaircir un peu.

22, les brouillards diminuent; il commence à distinguer les objets; il est dans la joie.

24, la physionomie perd sa stupeur, les yeux reprennent leur jeu naturel;

la portée de la vue s'agrandit. Lui qui, à son entrée, ne reconnaissait pas une personne à trois pas, et n'entrevoyait qu'une ombre confuse, commence à distinguer à trente ou quarante pas de distance.

25, les progrès sont rapides; les brouillards disparaissent; la tête et les yeux se dégagent, la vue devient de plus en plus nette et étendue; il lit bien. La surdité elle-même a beaucoup diminué. Des affaires pressantes de famille l'obligent à se rendre à Châlons-sur-Saône. On peut présumer que la guérison eût été plus belle encore et plus complète sans ce départ précipité, qui vint le soustraire au traitement. (Recueillie par l'interne.)

On remarquera que cette heureuse terminaison fut très-rapide, surtout eu égard à l'ancienneté de la maladie. Outre l'effet des frictions napolitaines, je dois faire observer que, d'après les évacuations sanguines ou purgatives, les pilules de calomel et d'aloès ont une action dérivatrice très-avantageuse dans l'amblyopie congestive. Je ne devais pas ici recourir aux préparations de noix vomique, non plus que dans le cas qui suit.

Obs. III. *Amblyopie congestive; guérison.* — Michel Joannès, âgé de quarante et un ans, cordonnier, est entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle d'Orléans, service de M. Pétrequin, le 29 septembre 1839; il est natif de Saint-Symphorien-sur-Oise (Rhône), et demeure à Saint-Étienne (Loire); sa constitution est forte, son tempérament lymphatique-sanguin. Il y a quinze mois environ qu'il fut atteint d'une ophthalmie catarrhale, laquelle dura quarante jours, et fut suivie d'une guérison radicale après ce laps de temps.

Vers le milieu du mois de juin dernier, ce malade étant occupé à coudre des souliers, fut pris, sans cause connue, d'un affaiblissement subit de la vue, ce qui ne lui permit pas de continuer son ouvrage. Cet affaiblissement ne fut précédé ni de pesanteur ni de douleur de tête, et apparaissait pour la première fois; depuis qu'il existe, jamais aucun de ces symptômes ne s'est présenté jusqu'à ce jour; la vue a constamment faibli, mais d'une manière lente. Le malade voit tout d'une manière confuse, à travers un nuage jaunâtre; il ne peut pas reconnaître le malade qui occupe le lit placé en face de lui, à huit pas; il n'aperçoit jamais d'étincelles; l'iris est mobile, la pupille peu dilatée, régulière; la sclérotique est sillonnée de quelques vaisseaux variqueux. Point de couleur anormale dans le fond de l'œil; toutes les fonctions s'exécutent d'une manière régulière.

Le 2 octobre, quinze sangsues à l'anus; diète; bains de pieds avec la moutarde le soir.

Le 3, amélioration marquée; le malade distingue des objets qu'il n'apercevait avant que d'une manière confuse. Bouteille d'eau de Sedlitz, autre bain de pieds.

Le 4, le malade assure y voir comme avant sa maladie. Il reste encore deux jours à l'hôpital, et huit jours après son entrée, il demande à sortir, en se servant de cette expression pittoresque: « Je vois si bien, que ce serait péché que de manger davantage le pain de l'hôpital. » (Recueillie par M. Perret, interne.)

Le traitement de la goutte-sereine est bien loin d'avoir dans tous les

cas une terminaison aussi prompte que dans l'observation qui précède. Elle fournit une nouvelle preuve de la portée d'un diagnostic précis, et montre à quels cas on doit restreindre l'usage des préparations de noix vomique, qui se trouvaient ici contre-indiquées. L'exemple suivant, où une première erreur fut commise par un autre praticien, montre quel avantage on peut retirer des principes que j'établis. Il s'agit d'une dame que j'ai traitée conjointement avec M. le docteur Piéron, qui en a lui-même recueilli l'histoire.

Obs. IV. *Amaurose double, d'origine congestive; guérison.* — Madame M., propriétaire, demeurant à la campagne, d'un tempérament nervoso-sanguin, a été affectée, au mois d'août 1837, d'une fièvre typhoïde grave; elle s'aperçut dès lors que sa vue faiblissait. Elle ne pouvait plus travailler à la lumière; des brouillards se formaient devant ses yeux. Un érysipèle à la face, qui se manifesta vers la fin d'avril 1838, fit encore faire des progrès plus rapides à cette maladie, et bientôt elle ne put plus lire de gros caractères, ni reconnaître à une distance rapprochée les personnes qui l'entouraient. A cette époque, huit sangsues, que j'ordonnai d'appliquer aux tempes, amenèrent une amélioration sensible, mais de courte durée, ce qui n'empêcha pas madame M. de se livrer pendant tout l'été aux pénibles travaux qu'exige l'exploitation d'une vaste propriété. L'état de sa vue, qui de jour en jour diminuait, lui donnant enfin de sérieuses inquiétudes, elle consulta un médecin de Lyon, le 22 août 1838, qui, entre autres choses, ordonna des pilules avec la strychnine et un vésicatoire, ammoniacal sur le synciput. Ce traitement, peu rationnel, n'eut aucun résultat avantageux.

Le 17 septembre, je conduisis madame M. auprès de M. Pétrequin, dont je désirais avoir l'avis; elle éprouvait alors des douleurs dans les tempes; des brouillards de couleur grisâtre sont sans cesse devant ses yeux, tout lui paraît plus sombre. Souvent, le soir en se couchant, elle voit des étincelles rouges, le soleil la fatigue; le soir et au clair de lune la vue est plus nette; elle distingue mal les couleurs, les objets lui semblent plus éloignés qu'ils ne le sont réellement, elle ne peut reconnaître des lettres de quatre lignes de haut. Les pupilles, très-bleues, sont étroites, inégales et angulaires. Nous prescrivîmes dix-huit sangsues à la marge de l'anus; le lendemain, un purgatif avec le sulfate de magnésie, douze pilules d'un grain d'aloès et douze pilules de 2 grains de calomel, à prendre une de chaque tous les soirs; des frictions sur les paupières et les tempes avec onguent napolitain, quatre parties, extrait de belladone, une partie; un régime doux, l'usage de bouillon aux herbes tous les matins, et le petit-lait.

Le 19 octobre, nouvelle consultation avec M. Pétrequin. Nous constatons moins de douleur frontale et temporale, moins de resserrement aux pupilles, qui se contractent encore inégalement et forment trois angles marqués; la vue n'est guère plus étendue, mais il y a un peu moins de brouillards. Nous prescrivons encore vingt sangsues au fondement, deux purgatifs à trois jours d'intervalle, un collyre avec eau de roses, 4 onces, extrait de belladone, 6 grains, eau de laurier-cerise, demi-once; des pilules d'aloès et des pilules d'extrait de ciguë d'un grain; après les deux purgatifs, l'application d'un vésicatoire camphré à la nuque. Le 22 octobre, après l'application

des sangsues, il n'existe plus de douleurs aux tempes, presque plus d'étincelles; mais il y a encore des brouillards. La malade reconnaît des lettres de 4 lignes de haut, et à l'aide de lunettes elle en voit de 2 lignes. Elle distingue parfaitement toutes les couleurs d'une tapisserie. Il est des jours où la vue est plus nette; elle l'est toujours davantage le soir, surtout au clair de la lune. Le 28 octobre, lors de l'application du vésicatoire, les brouillards deviennent très-rares.

Le 2 novembre, nous trouvons que la pupille forme encore deux angles obtus, mais peu sensibles; la malade, du cabinet de M. Pétrequin, découvre les maisons de l'autre côté du Rhône et les distingue les unes des autres; dans les rues, elle lit les enseignes. Nouvelle prescription de sangsues à l'anus, du collyre, des pilules de calomel et d'aloès; deux bouteilles d'eau de Sedlitz. Le 4 novembre, après les sangsues, madame M. distingue pour la première fois un village distant d'un quart de lieue de son habitation. Elle fait remarquer que presque tous les jours après avoir mangé, elle y voit moins; il est des jours où la vue est plus nette que d'autres.

Examinée de nouveau le 30 novembre, nous trouvons que madame M. a les pupilles moins contractées, mobiles, irrégulièrement ovales transversalement, n'a point de douleur autour des orbites, point d'étincelles; elle voit encore des brouillards grisâtres, et les objets qu'elle fixe lui paraissent plus sombres; si cette attention se prolonge un peu, ses yeux se remplissent de larmes; elle déchiffre avec peine des caractères de deux lignes, distingue assez bien les personnes qui passent sur le quai et la couleur de leurs vêtements; elle reconnaît quelques fenêtres de l'autre côté du Rhône, l'impression de la lumière et du soleil n'est plus douloureuse; elle distingue les nuances des couleurs, paraît voir mieux qu'il y a un mois. État général meilleur qu'au début.

Le 7 décembre, les sangsues aux tempes ont peu saigné, douleurs de tête et douleurs dans les yeux. Deux bouteilles d'eau de Sedlitz sont prises du 6 au 10 décembre. Les douleurs de tête et des yeux ont cessé; les pupilles sont moins ovales que le 30 novembre, cependant elles le sont encore un peu. La vue est de même.

Depuis, madame M. a cessé toute espèce de traitement et a repris son genre de vie habituel; l'amélioration obtenue par le traitement qu'on lui a fait subir s'est à peu près maintenue jusqu'au 25 décembre 1839[1]. (Rédigée par M. Piéron, D. M. P.)

La médication fut ici basée sur un diagnostic précis, dont les éléments avaient échappé au premier médecin. M. Piéron a lui-même tiré parti de ces principes dans le cas suivant, qu'il m'a communiqué.

Obs. V. *Amaurose double complète; guérison.* — Mademoiselle Deviego, âgée de neuf ans, à la suite d'une terreur panique occasionnée par la mort de sa grand'mère, qu'elle s'imaginait voir revenir dans la clarté vive d'un rayon solaire passant par un trou du plancher, fut tout à coup frappée de cécité, au point qu'elle ne pouvait discerner le jour d'avec la nuit, et que tout, autour d'elle, lui semblait également noir, sans qu'elle pût reconnaître la

[1] Cette dame est morte en 1842, d'une attaque d'apoplexie.

forme d'aucun objet. En même temps les pupilles étaient très-dilatées, et il y avait céphalalgie.

Je la vis dans cet état le deuxième jour, et j'ordonnai huit sangsues à l'anus, des pédiluves, la diète, le repos au lit : dès que les sangsues eurent saigné, la vue commença à revenir, et quatre jours après il n'existait plus aucun accident. Depuis cette époque, aucun trouble ne s'est manifesté du côté des yeux.

J'ai lieu de croire que la méditation de ces faits, ajoutés à ceux qui précèdent, pourra conduire à l'emploi rationnel des méthodes spéciales qui concernent les différentes espèces d'amaurose.

Je terminerai par un fait où l'amblyopie avait, par suite de la sensibilité exagérée de l'œil, favorisé le développement d'une ophthalmie catarrhale. Le tout, ici, est de distinguer l'amaurose de l'ophthalmie intercurrente. Il n'est pas difficile de concevoir ce mode de complication, et l'on doit se tenir en garde contre une erreur de diagnostic qui, en trompant le malade sur son véritable état, pourrait conduire à laisser exaspérer l'affection plus grave de la rétine, qu'il porte concomitamment.

Obs. VI. *Amaurose double, compliquée d'ophthalmie catarrhale; guérison.*—Madame F., cinquante-cinq ans, propriétaire, demeurant à la campagne (Isère), sentait depuis longtemps sa vue s'affaiblir; cet état s'était aggravé surtout depuis quelques mois et l'incommodait beaucoup, lorsqu'elle vint me consulter dans le courant de juin 1839. Elle est d'une constitution sèche, mais assez bien conservée; la vue s'est tellement affaiblie qu'elle ne peut plus vaquer aux occupations de son ménage : des brouillards grisâtres lui semblent envelopper les objets; l'impression du grand jour lui est devenue pénible, elle ne peut supporter l'éclat du soleil ni celui d'un feu ardent; à la longue, les yeux sont devenus douloureux ; il y a actuellement une double ophthalmie catarrhale; le grand air impressionne péniblement la malade comme le grand jour; les pupilles sont contractées, très-mobiles, du reste, mais irrégulières. La muqueuse, surtout aux paupières, est rouge et injectée; il y a larmoiement; de plus, elle ressent des pesanteurs sus-orbitaires, quelquefois de la céphalalgie, des étourdissements, etc. Je diagnostiquai une amaurose congestive; ne regardant l'ophthalmie que comme une complication consécutive, je soumis madame F. au traitement suivant : pendant une semaine elle prit le matin des bouillons aux herbes; le troisième jour quinze sangsues furent placées au fondement; le cinquième, elle but une bouteille d'eau de Sedlitz; une seconde médecine fut prise le douzième jour. Je la mis ensuite à l'usage du petit-lait, et prescrivis tous les deux soirs un bain de pieds à la moutarde. En même temps on pratiquait quatre fois par jour, dès le principe, des instillations d'un collyre composé de 15 centigrammes de sulfate de cuivre et 10 gouttes de laudanum sur 125 grammes d'eau de roses. Sous l'influence de ce traitement, l'ophthalmie catarrhale ne tarda pas à disparaître, l'amblyopie elle-même diminua peu à peu, s'effaça entièrement, une guérison complète fut obtenue. J'ai revu la malade en janvier 1840, la vue était en bon état.

Ces divers exemples me semblent suffisants pour éclairer les praticiens sur la conduite à tenir dans les circonstances analogues. Les principes que je formule ici sont d'une application générale; je les ai développés et discutés plus amplement dans un Mémoire spécial sur le traitement des paralysies, et en particulier sur les indications à l'emploi des préparations de strychnine et de noix vomique (Voyez *Bull. de Thérap.*, mars 1840, t. XVIII, p. 143). A côté des cas qui en réclament l'emploi, j'ai pris soin de noter ceux qui doivent en contre-indiquer l'usage : c'est à cette dernière catégorie qu'appartiennent toutes les observations qui composent cette note. Mon but a été de différencier nettement ces deux ordres de faits, dont la thérapeutique doit être aussi variée que l'étiologie.

PÉTREQUIN.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LES PROPRIÉTÉS HÉMOSTATIQUES DU SEIGLE ERGOTÉ ET DE L'EAU DE MONTEROSSI.

En continuant mes recherches sur l'action des sels les uns sur les autres, envisagée au point de vue de l'art de formuler, je suis arrivé à découvrir des règles générales relatives à l'absorption animale, dont j'ai déjà communiqué les principales bases à l'Académie des sciences; règles générales dont j'aurai à déduire prochainement les applications thérapeutiques qui en découlent.

Avant de parler de l'action hémostatique du seigle ergoté et de l'eau de Monterossi, je rappellerai qu'il résulte de mes recherches que la plupart des substances introduites dans l'économie agissent chimiquement sur le sérum du sang, soit immédiatement, soit médiatement : les unes coagulent l'albumine que cette humeur renferme; les autres, au contraire, la fluidifient. Dans la première classe, ou les *coagulants*, se trouvent tous les agents toniques, astringents et hémostatiques; ainsi, la plupart des acides minéraux, un grand nombre de sels métalliques, le tannin, la créozote, le seigle ergoté, etc., font partie de cette classe.

La seconde classe, ou les *fluidifiants*, renferme tous les agents véritablement diurétiques, un grand nombre d'altérants et d'excitants généraux, etc.; ainsi la plupart des acides végétaux, l'ammoniaque et ses sels, les iodures, sulfures et chlorures alcalins, et autres composés à la base alcaline, etc., font partie de ce groupe de corps.

Un fait bien digne de remarque, et que je crois fertile en applications thérapeutiques, c'est que certaines substances coagulantes, au moment où on les administre, rentrent plus tard dans la classe des fluidifiantes; tel est, par exemple, le sublimé corrosif; tandis que d'autres, qui n'ont d'abord sur le sérum aucune action apparente alors qu'elles sont introduites dans la circulation générale, deviennent, quelque temps après leur introduction, des coagulants très-marqués, et constituent une classe de corps digne au plus haut degré de fixer l'attention des praticiens; tel est le seigle ergoté.

La connaissance des faits qui précèdent, outre qu'elle donne la clef d'un grand nombre d'anomalies physiologiques relatives à l'absorption animale, ouvre aux thérapeutistes une voie nouvelle, appelée à jeter le plus grand jour sur le traitement des maladies. Ainsi, par exemple, c'est à la classe des fluidifiants qu'il faudrait, selon moi, s'adresser pour enrayer le travail plastique qui caractérise le *début* de certaines affections, telles que la phthisie et les scrofules; tandis que cette même classe de corps, administrée à une époque plus avancée de la maladie, loin d'amener de l'amélioration, hâtera au contraire le travail désorganisateur que l'on sait être l'indice certain d'une terminaison fâcheuse.

Seigle ergoté. Les propriétés hémostatiques du seigle ergoté étant pour moi incontestables, c'est une des premières substances que j'ai soumises à mes investigations, et, ainsi que mes théories me le faisaient prévoir, j'ai constaté, à ma grande satisfaction, qu'il exerce sur l'albumine une action très-remarquable : au premier abord, l'action semble nulle; puis il y a épaississement très-sensible, puis enfin coagulation réelle, ayant cependant plutôt l'air d'une sorte d'organisation que d'une simple coagulation. De là l'explication des effets physiologiques et thérapeutiques de l'ergot de seigle.

Que l'on ne pense pas que le champignon du seigle soit le seul qui ait de l'action sur les dissolutions albumineuses : la fausse oronge (*agaricus pseudo aurantiacus*) possède aussi un pouvoir coagulant des plus remarquables. Enfin, je me suis assuré que le champignon de couche (*agaricus edulis*) jouit aussi de la propriété d'agir sur l'albumine, quoiqu'à un degré incomparablement moindre. En conséquence, je me crois autorisé à penser que la plupart des espèces du genre *agaricus* et autres, renferment une certaine proportion d'une substance agissant sur l'eau albumineuse à la manière des ferments en général, et de la présure en particulier.

Eau hémostatique de Monterossi. — Si mes données physiologiques sont exactes, il devient évident que toutes les eaux hémostatiques doivent faire partie de la classe des *coagulants*. Or, M. Guibourt ayant

donné dernièrement la formule de l'eau hémostatique de Monterossi, j'ai dû me hâter de m'assurer, par la voie de l'expérimentation, si mes prévisions théoriques étaient réellement fondées.

Voici tout d'abord la formule un tant soit peu bizarre de l'eau de Monterossi, employée, dit-on, avec succès, contre toute espèce d'hémorrhagies.

Prenez :	Menthe poivrée (*Mentha piperita*). . .	250 grammes.
	Balsamine (*Momordica balsamina*). . .	id.
	Herbe forte (*Teucrium marum*).	id.
	Calamus aromaticus (*Acorus calamus*). .	id.
	Dictame de Crète (*Origanum dictamus*).	id.
	Cataire (*Nepete cataria*).	1,000
	Pouliot (*Mentha pulegium*).	id.
	Romarin (*Rosmarinus officinalis*) . . .	id.
	Sauge (*Salvia officinalis*).	id.
	Athanasie (*Diotis candidissima*)	id.
	Eupatoire (*Eupatorium canabinum*. . .	id.
	Sanicle (*Sanicula europea*).	id.
	Mille-feuille (*Achillea mille-folium*). . .	id.
	Centaurée mineure (*Erythrea centaurium*).	id.
	Cyprès (*Cupressus sempervirens*). . . .	id.
	Sumac (*Rhus coriaria*).	id.
	Plantain (*Plantago major et lanceolata*).	id.
	Ortie (*Urtica dioïca*).	id.
	Écorce de chêne (*Quercus robur*)	id.
	Racine de grande consoude (*Symphitum officinale*).	id.
	Racine de bistorte (*Polygonum bistorta*).	id.
	Racine de tormentille (*Tormentilla erecta*)	id.
	Bois de Campêche (*Hœmatoxilum campechianum*.	id.
	Poix noire..	id.
	Agaric blanc (*Boletus laricis*).	id.

Toutes ces matières, réduites en une poudre grossière, sont mises dans la cucurbite d'un alambic, et arrosées avec une suffisante quantité d'eau. Après quarante-huit heures de macération, cette eau se trouvant absorbée, on en remet une nouvelle quantité, et l'on distille lentement jus qu'aux deux tiers du liquide. Le produit est l'eau antihémorrhagique, que l'on conserve dans des bouteilles bien fermées.

Si l'on veut rendre le médicament plus efficace, il faut distiller d'abord

les substances jusqu'à siccité, et ensuite faire une autre opération avec les mêmes doses de substances, et en versant l'eau hémostatique dans la cucurbite pour faire une cohobation.

J'ai fait préparer cette eau, dans mon laboratoire, avec toute la ponctualité désirable, mais en en supprimant l'athanasie, qu'il m'a été impossible de me procurer. C'est un liquide légèrement roussâtre, d'une odeur vive, empyreumatique, et d'une saveur fortement créosotée.

Prise à l'intérieur, elle cause un sentiment de gêne, une sorte de spasme difficile à décrire; phénomène qu'elle emprunte sans aucun doute à son action sur le sérum du sang; car, de même que le seigle ergoté, elle ne tarde pas à troubler l'eau albumineuse, et à y déterminer une *quasi-organisation*. Tels sont les faits nouveaux qui me paraissent dignes de quelque intérêt.

MIALHE.

SUR LES RÈGLES A OBSERVER DANS LA PRÉPARATION DES TISANES.

La tisane est la boisson ordinaire des malades : c'est l'eau très-peu chargée de principes médicamenteux; c'est l'agent par lequel on prélude à une médication plus active; c'est enfin le moyen prophylactique et curatif d'un grand nombre d'affections, d'une foule d'indispositions. On sait que la diète, le repos, une boisson délayante, tempérante ou émolliente, quelques lavements, un ou deux bains de pieds, une condition hygiénique appropriée, suffisent, dans la très-grande majorité des cas pathologiques, pour ramener la santé à son état primitif. On sait encore qu'à part le besoin impérieux que tous les sujets atteints de fièvres, de phlegmasies aiguës, éprouvent d'ingérer beaucoup de liquide aqueux dans l'estomac, afin de tempérer la soif qu'ils éprouvent, d'adoucir la chaleur qui les tourmente, il est dans les habitudes de toutes les personnes malades ou simplement indisposées de boire quelques tasses de tisane dans la journée. Un médecin véritablement praticien respecte toujours ces habitudes, y condescend, fussent-elles inutiles. Il lui est prouvé d'ailleurs qu'une pareille médication emploie le temps du malade, l'occupe, trompe ou diminue son appétit, lui persuade qu'il est traité. Ne l'est-il pas, en effet, puisque, dans l'art de guérir, il est de précepte de ne rien faire d'actif quand il n'y a rien d'actif à faire?

Malgré la définition que nous venons de donner de la tisane, de cette boisson que nos pères préparaient avec l'orge, à laquelle ils ajoutaient quelques autres substances, et en particulier des fécules, de manière à en faire tout à la fois un agent thérapeutique et un agent alimentaire ; malgré cette définition, qui annonce un médicament des plus simples dans

sa composition, et des plus usuels parmi tous les autres, il ne sera probablement pas hors de propos de rappeler ici quelques-unes des règles générales que le pharmacien ou les personnes chargées du soin des malades doivent suivre dans la confection des tisanes.

Les médecins doivent également connaître ces règles, ces *modi faciendi*, afin de ne prescrire que les plus simples possible, les plus faciles à se procurer, les plus promptes et les moins difficiles à faire. Ils doivent savoir qu'avec une seule substance, deux au plus, on prépare une tisane. Ces liquides d'ailleurs agissent moins par les principes qu'ils tiennent en solution ou en suspension que par l'eau qui les constitue et qui se trouve absorbée.

Le miel, le sirop de sucre de préférence au sucre, les sirops ou mellites simples ou composés, la racine de réglisse coupée et écrasée, sont les corps édulcorants des tisanes.

Quand une tisane doit contenir une substance très-active, le pharmacien doit seul être chargé de la préparation; dans les cas contraires, on peut l'abandonner à l'intelligence des personnes qui entourent le malade.

Le médecin doit toujours être dans le cas de s'assurer par le goût, l'odorat et la vue si la préparation a toutes les qualités qu'elle doit avoir, si elle n'en a pas de désagréables, de nuisibles. Ces petits soins, minutieux en apparence, sont très-importants sous plus d'un rapport. Bien préparées, non désagréables, peu concentrées, presque transparentes, exemptes de dépôt, de filaments, etc., les tisanes sont bues en abondance, et leur action médicatrice, ou plutôt leur effet prophylactique, est plus probable, plus assuré. Depuis longtemps ce fait pratique ne fait plus doute dans notre esprit, et depuis longtemps aussi nous avons eu mainte fois la preuve que, dans les hôpitaux par exemple, la majorité des malades jettent dans leur vase de nuit ou ne prennent pas les boissons dont la saveur, l'odeur, la couleur, l'aspect, etc., leur paraissent désagréables. Heureux encore quand leur aversion, leur répugnance ne va pas plus loin!

Les attentions, toutes pratiques, nous le répétons, toutes médicales, de constater les bonnes qualités physiques et chimiques des tisanes, doivent se porter sur tous les médicaments. Le médecin devrait toujours (il le peut quelquefois) pouvoir être à même de reconnaître la bonne confection des préparations pharmaceutiques. Nous disons *devrait*, car on n'aurait pas eu à déplorer, on n'aurait plus à redouter les accusations fausses portées sur l'instruction, le scrupule et la loyauté de telle ou telle officine. Mais revenons au but de cette note, aux règles à observer dans la préparation des tisanes.

Les tisanes se font avec les racines, les tiges, les feuilles, les fleurs, les

bourgeons, les fruits et les semences des végétaux. Quelques-unes se préparent avec des substances animales (ce sont les *bouillons médicinaux*). Enfin il y en a que l'on rend plus actives par l'addition de quelques produits minéraux, salins ou autres. Cette énumération indique de suite une grande hétérogénéité de composition parmi les substances qui font la base des tisanes, et nécessite par conséquent différents modes de traitement ou de préparation. Six opérations principales sont employées en pharmacie pour enlever aux substances naturelles ou aux produits chimiques les principes actifs qu'ils contiennent. Ces opérations sont : la *décoction*, l'*infusion*, la *macération*, la *solution*, la *digestion* et la *lixiviation*. Les cinq premières surtout sont applicables à la préparation des tisanes.

Qu'on ne pense pas qu'un article sur les tisanes soit déplacé dans un journal qui s'adresse aux praticiens. Nos tableaux, basés sur l'analyse chimique des substances, redresseront, nous en sommes sûr, un certain nombre d'erreurs, corrigeront certains usages. Notre expérience nous a appris que beaucoup de médecins sont embarrassés lorsqu'il s'agit de déterminer si telle ou telle plante, si telle ou telle racine doivent être traitées par décoction ou par infusion; que très-souvent ils font bouillir ce qui ne doit être qu'infusé, ce qui, dans certains cas, a quelque importance pour la médication suivie. Or, sans rechercher des détails disséminés dans les formulaires, les tableaux synoptiques suivants indiqueront, d'un coup d'œil, la conduite qu'il faut tenir.

1° On traite par *décoction* les produits végétaux suivants :

Les racines
de colombo [1],
de nymphæa,
de gayac [2],
de consoude,
d'ipécacuanha [3],
de jalap,
de caïnca [4],
de chiendent [5],
de pyrèthre,
de fougère mâle.
Les substances animales.
Le café cru [6].
Les glands.
Les fécules.
L'orge mondée [8].
L'orge germée ou malt.
Le pain.
Le lichen d'Islande [9].
Le seigle ergoté [10].
Les dates.
Les jujubes.
Les figues.

Les feuilles fraîches
de chicorée,
de laitue,
de bourrache,
de belladone,
de jusquiame,
de stramonium,
de tabac,
d'oseille,
de morelle,
de mercuriale.

Les écorces
de buis,
de garou,
de saule,
de quinquina [7],
de chêne,
de sureau (deuxième),
de racine de grenadier.
Les coings.
Les pruneaux.
Les pommes.
Les noix.
Les raisins de caisse.

[1] Dans les cas de dyssenterie. — [2] Décoction prolongée. — [3] Dans les cas de dyssenterie. — [4] Décoction précédée de la macération ou de la digestion. — [5] Jeter le premier décocté. — [6] Comme fébrifuge. — [7] Comme fébrifuge. L'addition d'un acide minéral quelconque assure la propriété fébrifuge. — [8] On jette le premier décocté. — [9] Comme léger émollient, dans les rhumes, les catarrhes. — [10] L'infusion peut également être employée.

2° On traite par *infusion* les produits végétaux suivants :

Les racines
de colombo[1],
de chicorée,
de parcira,
d'asperges,
de bardane,
de valériane,
de patience,
de polygala,
do bistorte,
de ratanhia,
d'aunée,
de simarouba,
de gentiane,
de sassafras,
d'ipécacuanha[2],
de gingembre,
do raifort sauvage,
de cabaret,
de serpentaire de Virginie,
de salsepareille[3],
de saponnaire,
d'iris de Florence,
d'angélique,
de rhubarbe[4],
de réglisse.
Cachou.
Café torréfié.
Têtes de pavot[5].
Coloquinte.
Buis.
Badiane.
Carvi.
Aneth.
Fenouil.
Coriandre.
Cardamome.
Phellandrie.
Baume de tolu.
— du Pérou.
Tamarin.
Poivre noir.
Poivre de cubèbe.
Espèces béchiques.
— vulnéraires.
— vermifuges.
— aromatiques.
Cinq racines apéritives.
Semen contra.
Benjoin.
Mousse de Corse.
Agaric blanc.
Les feuilles fraîches
de cresson,
de cochléaria,
de chou rouge.
Les feuilles sèches
de saponnaire,
de ciguë,
d'oranger,
de chicorée,
de rue,
d'absinthe,
de sabine,
d'armoise,
de fumeterre,
d'hysope,
de rhus radicans,
de digitale,
de séné,
d'origan,
de calament,
de bourrache,
de belladone,
de jusquiame,
de stramonium,
de tabac,
de mercuriale,
de morelle,
de dictame de Crête,
de thym,
de stœchas,
de marrube blanc,
de lierre terrestre,
de menthe,
de romarin,
de lavande,
de sauge.
Les fleurs
de tilleul,
de camomille,
de violette,
d'arnica[6],
d'oranger,
de houblon,
de mauve.
de guimauve,
de bourrache,
de coquelicot,
de safran,
de bouillon blanc,
de roses rouges,
— pâles,
de mélilot,
de petite centaurée,
d'œillet rouge,
de pensée sauvage,
de pêcher,
de girofle,
de sureau,
d'hypérienne,
de chèvrefeuille.
Écorce d'orange.
— de citron.
— de quinquina.
— de cannelle.
Baies de genièvre.
Germes de peuplier.
Bourgeons de sapin.
Colchique.
Ail.
Oignon blanc.
Scille.

3° On traite par *macération*, précédée de la *contusion*, les végétaux suivants :

Racine de colombo.
— de nymphæa.
— de guimauve.
— de réglisse.
Feuilles de mauve.
Berberis.

[1] Comme tonique. On peut le traiter également par macération. — [2] Comme vomitif. — [3] L'usage a prévalu. On traite généralement la salsepareille par décoction. — [4] En ajoutant un peu de carbonate de potasse à la liqueur, on dissout une plus grande quantité de partie résineuse, et on augmente la propriété tonique et purgative. — [5] Il faut jeter les semences. — [6] Il faut passer la liqueur à travers une chausse de laine, afin d'enlever les parties provenant de l'aigrette et qui s'attachent à la gorge.

Groseilles.	Le lichen d'Islande.	Casse.
Mûres.	La mousse de Corse.	Cerises.
Framboises.	Le camphre.	Baies de sureau.
Fraises.	Feuilles de guimauve.	— d'yéble
Grenades.	Oranges.	— de nerprun.
La graine de lin.	Citrons.	

4° On traite par *solution* les produits suivants :

Acides végétaux.	Substances salines.	Mannes.
— minéraux.	Gommes.	Miel.

5° On traite par *digestion*, suivie de la *décoction*, les produits végétaux suivants :

Gayac.	Caïnca.

Ces tableaux synoptiques, renfermant, comme on le voit, le nom des substances le plus généralement administrées sous forme de tisane, seront, nous l'espérons, d'une grande utilité, non-seulement pour tous les jeunes praticiens, mais encore pour quelques-uns parmi les plus anciens.

Chacune des substances ci-dessus énumérées, devant servir à faire une tisane, doit être mondée ou lavée, privée des corps étrangers qui peuvent lui être adhérents ou mélangés; elle doit encore être divisée à l'aide du couteau, des ciseaux ou du mortier (les fleurs exceptées), afin d'offrir plus de surface à l'action du liquide qui doit agir sur elle.

Les tisanes sont clarifiées, soit par filtration, quand ce ne sont que de simples solutions, soit en les passant à travers un linge de toile ou de laine, soit enfin par le repos et la décantation, quand ce sont des décoctés, des infusés, des macérés.

La température à laquelle on doit administrer la tisane est la température froide, celle de la glace fondante, quand les sujets sont atteints de violentes inflammations autres que celles des voies de la respiration ou de la perspiration cutanée, quand la chaleur de l'atmosphère est forte et brûlante, que l'on veut faire cesser des vomissements spasmodiques, donner du ton à toute l'économie, etc. On donne les boissons tièdes dans les cas où il faut accélérer les fonctions exhalantes de la peau, des bronches, de l'appareil urinaire.

Quant à la quantité de tisane à donner dans la journée, elle dépend de la soif ressentie, de l'idiosyncrasie du malade, de la nature de l'affection. Un litre de liquide suffit ordinairement pour les vingt-quatre heures; mais il y a des malades qui en consomment jusqu'à trois et cinq. On l'administre par petites quantités à la fois : ces quantités sont plus ou moins souvent répétées.

F. Foy.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LA VIEILLESSE NE CONTRE-INDIQUE PAS LES OPÉRATIONS DE CANCERS.

Je ne sais pourquoi l'on a écrit, dit et répété que l'opération du cancer chez les vieillards ne réussissait pas, qu'elle les précipitait plus vite vers la tombe. Aux nombreuses observations qui existent déjà pour prouver le contraire, j'ajouterai quelques réflexions et quelque nouveaux exemples.

Obs. I. Le nommé Quilu (Sébastien), dit Dondaine, propriétaire, âgé de soixante-douze ans, était d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin ; grand fumeur de profession, et avait toujours à la bouche une de ces grosses pipes à tuyau court qu'on appelle *brûlot*, pipe vraiment funeste, et à laquelle tant de cancers des lèvres doivent leur origine. Depuis environ quatre ans, Quilu portait sur la lèvre inférieure, du côté de la commissure gauche, une tumeur dure, calleuse, indolente, d'un blanc grisâtre tirant un peu sur le bleu, qui resta stationnaire jusque dans le courant de l'année 1831. A cette époque la constitution du malade s'altéra profondément. Une douleur lancinante se réveillant dans la partie malade, obligea le fumeur à placer sa pipe de l'autre côté de la bouche. Peu à peu le squirrhe devint gros, dur, et forma une substance cornée de couleur violette, qui tombait en desquammation, fournissant en même temps par son centre un pus fétide et sanieux. En présence de la gravité du mal qui l'empêchait de fumer, Quilu essaya inutilement plusieurs topiques conseillés par des commères ; mais le cancer fit des progrès rapides ; les lèvres devinrent livides, blafardes, et furent le siége d'une suppuration abondante.

Au commencement de l'année 1832, le malade se décida à subir l'opération. A cette époque le cancer avait envahi presque toute la moitié de la lèvre inférieure, et tendait à se diriger vers le menton, où déjà le mal avait poussé quelques racines ; aussi les veines y avaient-elles grossi ; leur couleur bleue se dessinait parfaitement. La physionomie de Quilu exprimait à la fois la souffrance et le désespoir. Attaché à la vie, et désirant se débarrasser d'une affection si cruelle, il sollicita lui-même l'opération, qu'il ne voulait pas seulement remettre à huitaine. Elle fut faite : il la supporta avec courage et résignation et sans pousser un soupir. Ce fut l'incision en V que j'adoptai, ce procédé paraissant le mieux seconder mes vues. Les deux bords de la plaie furent réunis, non pas avec la suture entortillée, des inconvénients de laquelle j'ai été plusieurs

fois témoin, mais avec des bandelettes agglutinatives, qui atteignent parfaitement le but; pour cela, il faut avoir soin de bien attirer la peau des joues, qui par sa texture même est très-élastique, très-extensible, afin que la lèvre opérée ne soit pas tiraillée, que les deux bords de la plaie maintenus rapprochés puissent suppurer et se coller ensemble. Le malade garda le lit quelques jours, s'abstint de rire et de parler, il prit du bouillon et de la tisane à l'aide d'un biberon. Malgré l'âge avancé de ce sujet, l'opération a chez lui très-bien réussi; dix ans se sont écoulés depuis, et il n'a cessé de jouir d'une parfaite santé. Les lèvres n'offrent rien d'anormal, quoiqu'il ait fumé et qu'il fume encore de temps en temps des cigarettes. D'après mes conseils, il a eu la prudence de renoncer à son fatal brûlot, et il veut, si cela est possible, pousser encore plus loin sa longévité.

Obs. II. Catherine Rifflard, née Ardigier, âgée de soixante-onze ans, portait depuis dix-huit mois un ulcère cancéreux à l'aile droite du nez, qui, gagnant vers la joue, commençait à s'étendre en profondeur et en circonférence. Les bords de l'ulcère étaient déchirés, squirrheux, renversés, douloureux; de son centre, ouvert à pic comme un bubon vénérien, s'échappait une sanie âcre et fétide. Je crus pouvoir arrêter les progrès du mal par l'application des pâtes caustiques, quelquefois utiles en pareilles circonstances; la poudre arsenicale de Dupuytren, appliquée le 18 mai 1834, sembla produire de l'amélioration par la chute d'une escharre qui donna à l'ulcère un aspect assez satisfaisant; mais quelques mois après le mal se raviva de nouveau; des fongosités blafardes, lardacées, vinrent attester que le virus cancéreux n'était point détruit, et que l'extirpation était indispensable. Elle fut proposée, acceptée avec répugnance, ajournée au 16 août, où elle fut pratiquée avec le bistouri promené circulairement autour de l'ulcère rongeant. La plaie fut pansée simplement avec du cérat et de la charpie. Le quatrième jour le milieu était d'une belle couleur rose, et des bourgeons charnus s'élevaient avec un bon aspect. Le cancer n'était pas profond, et ne portait guère ses ravages que dans l'épaisseur du derme ou tout au plus du tissu cellulaire superficiel; mais si nous l'eussions laissé gagner plus avant, le nez aurait peut-être été détruit en entier, comme nous en avons en ce moment des exemples sous les yeux dans les personnes de la veuve Pic et de Jean Cure, qui n'ont jamais voulu se soumettre à l'opération, à cause de leur âge, disent-ils. Ils se sont bornés à quelques caustiques, qui non-seulement ont échoué, mais ont exaspéré le mal. Aujourd'hui ils traînent une existence pénible, et leur ulcère carcinomateux inspire à tous le dégoût. L'observation suivante est peut-être plus curieuse que les précédentes.

Obs. III. La nommée Daudet (Marie-Anne), veuve Véray, rentière, âgée de 79 ans, ayant été rarement malade dans le courant de sa vie active et laborieuse, vint me consulter, le 5 mars 1842, pour savoir les moyens qu'elle pourrait mettre en usage pour se délivrer d'une grosse verrue saignante qu'elle portait depuis bientôt trois ans sous toute l'étendue de l'œil gauche; verrue, disait-elle, qu'elle n'avait encore montrée à aucun médecin, et contre laquelle elle ne voulait rien faire sans avoir mon avis, etc. La vieille rusée me débitait un mensonge, car je savais de bonne source qu'elle avait déjà consulté plusieurs empiriques qui avaient employé chez elle quelques topiques impuissants. Deux confrères l'avaient aussi visitée; l'un d'eux avait essayé quelques caustiques, l'autre avait jugé l'opération nécessaire et ne l'avait pas pratiquée. D'autres enfin lui avaient assuré que son âge, le siége du mal, son ancienneté, rendraient toute tentative inutile, dangereuse même. Le physique et le moral de cette femme se trouvaient profondément accablés. C'est sous la pénible impression de ces divers pronostics que Marie Véray vint implorer mes conseils. Sachant qu'elle était décidée à se livrer aux mains d'un charlatan si je ne lui donnais pas de bonnes raisons, je ne la laissai pas sortir de mon cabinet sans conclure quelque chose. Mon premier soin fut de la rassurer, mon second de conseiller l'opération comme la seule ancre de salut. Elle s'y décida, et je la pratiquai le même jour.

Le squirrhe de la veuve Véray offrait bien le caractère de ceux que les anciens appelaient *crabe*. A la suite d'une ophthalmie chronique qui avait duré plusieurs mois, il s'était manifesté une petite excroissance sous la paupière inférieure; la malade y avait fait peu d'attention, elle l'avait même écorchée plusieurs fois avec ses ongles. Peu à peu la tumeur, ainsi violentée, avait acquis de l'importance; on l'avait brûlée, mais la cautérisation, imparfaite sans doute, n'avait servi qu'à redoubler l'énergie du mal, qui avait dégénéré en *noli me tangere.*

Le 5 mars 1842, jour de l'opération, le cancer s'étendait depuis la pommette jusque vers le nez, compromettant une partie de la joue. Il égalait le volume d'un petit œuf de poule. Le globe oculaire était refoulé en haut, et la paupière cessait de le couvrir; des larmes involontaires s'écoulaient à chaque instant; la vue était incomplète, trouble; la malade ne pouvait regarder en bas sans baisser la tête. Du centre de la tumeur carcinomateuse découlait un ichor abondant, sanieux, infect, qui excoriait la partie de la joue sur laquelle il coulait, et y produisait, par son âcreté, de petites phlictènes qui allaient jusqu'au menton. La figure était décomposée, le teint pâle, livide.

L'opération était indiquée urgente, indispensable; voici comment j'y procédai. Ayant saisi et soulevé la tumeur avec des pinces à dissection,

je la détachai par deux coups de bistouri ; le tissu en était dur et criait sous l'instrument. La déperdition de substance fut considérable. Il y eut une forte hémorrhagie par les veines et les artères palpébrales ; je m'en rendis maître cependant sans recourir à la ligature. Pour cela, après avoir inutilement mis à contribution le nitrate d'argent, j'employai une poudre composée de gomme kino, de gomme arabique et d'extrait sec de ratanhia. La plaie fut bien saupoudrée avec cette poudre faite très-fine, et par-dessus j'appliquai de la râpure de vieux linge, que j'imbibai de temps en temps avec de l'eau qui tenait en suspension de la magnésie calcinée ; de cette façon, il se forma là un mastic très-dur, au-dessus duquel j'établis des bandes circulaires passant autour de la tête et exerçant une compresion convenable. L'appareil resta fixé quatre jours, au bout desquels il fut enlevé. De petits bourgeons charnus s'étaient déjà développés, mais ils n'étaient pas de bonne nature ; pour les détruire, je me servis de la poudre de Rousselot, composée comme on sait de sulfure de mercure, de sang-dragon et d'oxyde d'arsenic. Cette poudre escharrotique fut appliquée sur du cérat, et maintenue au moyen de la charpie mollette. Vingt-quatre heures après l'effet fut produit, mais non pas sans de vives douleurs. Plusieurs fois la malade fut sur le point d'arracher l'appareil pendant la nuit. Une large escharre, car tel était mon projet, fut formée : je la laissai suppurer et tomber d'elle-même. La nouvelle chair fut bonne. Tous les deux ou trois jours les bourgeons trop mous furent réprimés avec la pierre infernale, de manière à faire travailler les chairs uniformément. Le 10 avril 1842, Marie Véray, très bien guérie, venait me remercier de mes soins ; on ne se fût pas douté qu'un mois et quelques jours auparavant elle portait un cancer aussi difforme. Tout le monde a été étonné d'une guérison aussi rapide, qui a débarrassé cette femme d'une plaie repoussante pour tous. Aujourd'hui, sept mois sont passés, et tout porte à croire que le cancer ne se reproduira plus.

J'ai cru que ces observations pourraient figurer dans votre journal, essentiellement pratique ; elles prouveront une fois de plus que la vieillesse ne contre-indique pas l'opération du cancer, et que l'on peut, au contraire, la pratiquer avec succès dans les circonstances analogues à celles que je rapporte.

A. Michel, D. M.,
à Barbentane (Bouches-du-Rhône).

UN MOT SUR UNE ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE.

Depuis le commencement de juin 1842 il a paru dans le département de la Charente-Inférieure, et particulièrement dans la commune de Saint-

Cicrs-Champagne, une épidémie de suette miliaire. Les symptômes et la marche de cette affection, qui se montre pour la première fois dans cette contrée, sont tels qu'ils se trouvent décrits par les auteurs anciens et par les médecins modernes.

La maladie débute ordinairement d'une manière brusque : elle va saisir les habitants de la campagne au milieu de leurs travaux ; elle s'annonce tout à coup par un violent mal de tête accompagné souvent de vertiges, par une douleur profonde dans la région épigastrique, qui se fait sentir quelquefois jusque dans l'abdomen ; par une faiblesse excessive dans les extrémités inférieures, par une sueur très-forte. Les malades sentent le besoin de se mettre au lit : alors la sueur augmente considérablement, au point d'obliger à les changer de linge dix fois, quinze fois et vingt fois même par jour ; bientôt après se manifeste une éruption miliaire des plus abondantes, de petits boutons blancs, quelquefois rouges à leur base, mais toujours saillants et offrant à leur sommet une petite vésicule remplie d'une sérosité roussâtre ; la soif est des plus vives, la bouche est amère, la langue large, blanche, couverte d'un enduit blanchâtre et muqueux ; la fièvre est peu intense.

Tel est en général l'état de la maladie telle que nous l'avons observée à son début, lorsqu'elle n'offre aucune gravité ; mais, dans les cas sérieux, les symptômes présentent beaucoup plus d'intensité. Lorsque la réaction s'établit, que la sueur et l'éruption veulent se développer, le malade ressent une oppression extrême, une anxiété précordiale, accompagnée quelquefois de violentes palpitations qui l'obligent à sortir du lit ; le délire survient, l'agitation est extrême, la fièvre est forte, et le malade succombe dans les vingt-quatre ou trente-six heures, offrant tous les signes d'une congestion cérébrale et pulmonaire.

Le traitement que nous avons employé avec succès, et que nous employons encore, consiste dans l'administration, dès le début, d'une tisane légèrement sudorifique de bourrache et de fleurs de sureau, continuée du commencement à la fin de la maladie, puis dans un léger purgatif, qui a été chez mes malades l'huile de ricin ; dans quelques cas, j'ai donné un éméto-carthartique. J'ai remarqué que tous mes malades, qui ont été au nombre de soixante, ont éprouvé un soulagement réel et immédiat du purgatif : il a enlevé chez eux le sentiment de gêne et d'embarras, si incommode, qu'ils éprouvaient à l'estomac. Je me suis très-bien trouvé, chez les sujets menacés de congestion au cerveau ou aux poumons, des révulsifs sur les membres inférieurs : les cataplasmes sinapisés et les vésicatoires aux jambes sont parvenus à déplacer souvent le mouvement fluxionnaire qui se portait sur ces organes importants.

La durée ordinaire de la maladie a été de dix à douze jours ; rarement

elle s'est prolongée jusqu'à la fin du second septénaire. Alors la fièvre cesse complétement, l'appétit commence à revenir, les forces se relèvent, la sueur diminue sensiblement, et enfin la période de desquammation arrive.

C'est particulièrement, comme nous l'avons dit, dans la commune de Saint-Ciers-Champagne que l'épidémie a fait irruption. Le rayon qu'elle occupe n'est pas très-étendu : il comprend vingt-cinq à trente villages assez agglomérés, situés dans un bas-fond, dominé de tous côtés par des coteaux et des forêts, planté de bon nombre d'arbres de toute espèce. Il n'existe dans cette localité ni dans ses environs aucune cause d'insalubrité au moins apparente; on n'y remarque ni étangs, ni marais, ni rivière; le sol y est très-fertile et l'agriculture y est très-florissante.

Du reste, la suette miliaire qui règne en ce moment (25 juillet) n'affecte point de prédilection pour l'un ou pour l'autre sexe; elle s'attache de préférence aux fortes constitutions : c'est là qu'elle a choisi le plus grand nombre de ses victimes. Les vieillards et les enfants ont été généralement épargnés. Sur nos soixante malades, six ont succombé.

J. Geneuil, D. M.
à Jonzac (Charente).

RECTIFICATION AU SUJET DE LA FALSIFICATION DE LA CODÉINE.

Auriez-vous, mon cher confrère, la bonté de dire que, des deux falsifications que j'ai signalées dernièrement, celle qui a trait à l'hydrosulfate de soude doit seule être rapportée à M. Paton. La substitution de la codéine ne doit nullement lui être imputée, comme j'ai regret que quelques personnes l'aient pensé d'après ma phrase. L'auteur de cette fraude coupable m'est totalement inconnu, ainsi que je l'avais, du reste, formellement déclaré à la Société de pharmacie.

J'ajouterai que M. Paton affirme que l'impureté de son hydrosulfate de soude ne tenait qu'à ce que la soude caustique, qui avait servi à le préparer, n'avait été (involontairement) que très-imparfaitement décarbonatée : explication qui n'a rien d'impossible et que j'admettrai volontiers, mais en me réservant toutefois le droit d'engager son auteur à mieux surveiller, à l'avenir, les produits qui sortiront de sa fabrique.

Mialhe.

BIBLIOGRAPHIE.

De la menstruation, considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques, par A. Brierre de Boismont. — *Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine.*

Il est peu de sujets qui aient provoqué autant de travaux que celui qu'a traité ici M. Brierre de Boismont : l'importance de la menstruation, considérée comme fonction physiologique, les désordres variés qu'elle peut présenter, les atteintes funestes que l'organisme peut recevoir de ces désordres quand l'art ne vient point les faire cesser, ont dû tout d'abord conduire l'auteur à soulever les questions les plus intéressantes sur l'histoire de cette fonction. Ces questions surgissant partout et à propos de tout dans notre science, elles ont dû recevoir des solutions bien diverses, suivant le point de vue théorique auquel les auteurs se sont successivement placés. Pénétré de cette dernière idée, et voulant apporter ici la rigueur des sciences modernes, M. Brierre de Boismont a fait un grand usage de la statistique dans son beau travail. Plusieurs fois déjà nous nous sommes élevé contre l'emploi irrationnel qu'on a fait de cette méthode en médecine, en l'appliquant à la solution de questions qui ne la comportaient pas, et nous avons surtout fortement insisté sur la nullité absolue des résultats, quand ceux-ci n'étaient point l'expression d'un grand nombre de faits, interprétés suivant les règles d'une critique rigoureuse. Beaucoup de faits qui se rattachent à l'histoire physiologique de la menstruation appellent naturellement l'emploi de la méthode statistique. L'auteur a parfaitement compris la nécessité de la double condition que nous venons d'énoncer, pour assurer la valeur des résultats, et y a largement satisfait en général. Les points principaux que M. Brierre de Boismont s'est efforcé d'élucider par l'emploi rigoureux de cette méthode, sont ceux-ci : A quel âge la menstruation s'établit-elle dans nos contrées? Quelle est la durée de la vie utérine? Quelle est l'époque de la ménopause? Quelle influence les constitutions, les localités, la couleur des cheveux et la taille exercent-elles sur la menstruation? Toutes ces questions n'offrent certainement pas toutes le même degré d'intérêt, mais leur solution mérite de trouver place dans la science. Avant d'aller plus loin, nous ferons ici une courte observation qui ne s'adresse pas à M. Brierre de Boismont seulement. Qu'entend-on dire par l'influence que la couleur des cheveux, la taille, la longueur des cils, la coloration de l'iris, etc., exercent sur la constitution de l'homme, sur telle ou telle fonction, ou sur le développement des maladies? En vérité, cette influence est bien

facile à déterminer, car elle est évidemment nulle. Est-ce parce qu'un individu a les cheveux blonds ou d'un noir d'ébène, parce qu'il a des yeux noirs ou bleus, des cils fort longs, etc., qu'il est devenu phthisique? Non, sans aucun doute; mais le vice constitutionnel qui fait germer à une époque donnée les tubercules dans les divers organes, est l'influence qui imprime en même temps à la constitution les caractères qui la spécifient. La couleur des cheveux, de l'iris, la dimension des cils, n'exercent pas plus d'influence sur les maladies, que la forme hippocratique des ongles n'en exerce sur le développement des tubercules pulmonaires : l'un et l'autre sera l'expression d'une constitution particulière. Nous savons bien que dans l'esprit de M. Brierre de Boismont les choses sont ainsi conçues, mais il faut convenir au moins que la question est mal posée; nous lui demanderons la permission de le lui faire remarquer. Nous n'indiquerons point les solutions intéressantes auxquelles l'auteur est arrivé sur ces diverses questions, cela nous conduirait trop loin; nous renverrons à son livre, où l'on trouvera sur tous ces points science réelle et judicieuse interprétation.

Nous passons immédiatement à une partie plus importante encore de l'ouvrage, celle où la menstruation est étudiée du point de vue de la pathologie. Ici, les questions qui intéressent le plus vivement la pratique sont tour à tour agitées. Parmi ces questions, nous indiquerons comme ayant plus spécialement fixé notre attention celle qui est relative à l'influence que les règles exercent sur les maladies, puis celle qu'à leur tour les règles reçoivent de celles-ci. Sur la première question, M. Brierre de Boismont résume ainsi les faits nombreux où il a puisé l'élément de son travail : l'influence des menstrues sur les maladies est avantageuse, nulle, ou défavorable. Cette conclusion, comme on le voit, ne peut guère guider le praticien auprès du lit des malades. Cependant, sur ce point scabreux de pratique, il pose quelques règles générales que nous croyons sages, et que nous allons reproduire en partie en laissant parler l'auteur : « Il y a cependant des règles qui ont pour elles la sanction de l'expérience. La maladie est-elle grave, compromet-elle les jours de la patiente? il ne faut pas balancer; on doit, dans ce cas, l'attaquer énergiquement par les moyens indiqués; ce serait une imprudence extrême de s'en rapporter aux efforts de la nature médicatrice. Si la femme est atteinte d'une phlegmasie locale, d'une pneumonie, par exemple, il faut saigner, quand même les règles couleraient; car l'observation a montré maintes fois qu'alors elles venaient plus abondamment, et qu'il en résultait souvent une amélioration notable. » Ceci n'est point particulier à la pneumonie et à la saignée. Plus loin, l'auteur, qui semble attribuer une grande efficacité à l'emploi de l'émétique à dose vomitive dans les

violents accès de dyspnée, dont la cause organique réside dans un emphysème pulmonaire, ne se laisse point arrêter dans l'emploi de ce moyen par la présence des règles. Ça été là, en effet, la pratique des médecins les plus illustres. Tels sont de Haën, Vanswieten, Sydenham, Stoll, Fr. Hoffmann. C'est encore aujourd'hui, dans des limites plus ou moins étendues, la pratique des médecins les plus sages. Quant à l'influence que les maladies exercent à leur tour sur les règles, elle peut se rattacher aux trois chefs suivants : elles les dérangent, les diminuent ou les suppriment. Suivant les cas, suivant les indications, il faut agir sur la fonction troublée, ou bien ne point s'en occuper, car on le ferait en vain; ou bien, à supposer qu'on réussît, ce serait un résultat précaire et sans influence sur la maladie qui commande cet accident. Tout ceci, nous le répétons, est de la bonne science et de la bonne pratique tout à la fois. Des livres de la valeur de celui de M. de Boismont n'éclosent point tous les jours sur le terrain en apparence si plantureux de la médecine. Le public confirmera, nous en sommes sûr, la distinction honorable dont cet ouvrage a été l'objet de la part de l'Académie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emploi de l'emplâtre de Vigo cum mercurio dans les affections syphilitiques de la peau. — M. Émery a eu la pensée d'utiliser les propriétés résolutives et spécifiques de l'emplâtre de Vigo cum mercurio dans quelques formes de syphilides. Il a voulu voir si, sans aucun traitement intérieur, l'action de cette médication serait assez puissante, d'abord, pour modifier localement le mal, ensuite, pour imprimer à l'organisme lui-même, par l'absorption des molécules mercurielles, une modification suffisante dans le sens de la curation de l'infection constitutionnelle. Les résultats ne sont encore ni assez nombreux, ni assez complets pour qu'on puisse établir rien d'absolument positif; néanmoins ils sont curieux, comme on va le voir, pour mériter une attention sérieuse de la part des praticiens, et pour faire considérer, en tout cas, ce topique comme un adjuvant utile dans des circonstances déterminées. Les formes de syphilides sur lesquelles M. Émery a appliqué l'emplâtre de Vigo sont : la tuberculeuse, la papuleuse, la pustuleuse, la bulleuse et l'ulcéreuse; il ne l'a pas employé dans les formes squammeuses ni vésiculeuses, à cause de leur peu de gravité, ni dans la syphilide serpigineuse. Le mode d'application est fort simple; on taille des morceaux de

l'emplâtre de la dimension de la plaque, du tubercule ou de l'ulcération, et on les applique par-dessus. On renouvelle le topique tous les six ou huit jours. La durée de l'application s'est renfermée entre douze jours, et six ou sept semaines pour quelques cas de tubercules. Les phénomènes produits ont été différents, suivant que la syphilide était ou non ulcérée.

On a vu l'emplâtre de Vigo appliqué sur les tubercules ou les papules, en modifier à la fois la coloration et le volume. La teinte cuivrée disparaît peu à peu, et est remplacée par une teinte terne et grisâtre, légèrement ardoisée, qui s'efface pour faire place à la coloration blanche et brillante des cicatrices. Concurremment avec ces changements, la saillie morbide de la peau diminue; la tumeur semble d'abord se flétrir et se rider, puis elle s'affaisse. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que cet affaissement ne s'arrête pas au moment où la peau a repris son état normal; le travail de résorption continue, et l'on voit alors peu à peu une dépression se former au niveau du point où existait précédemment une saillie; alors il y a des cicatrices blanches déprimées et comme gaufrées, ressemblant à celles de la vaccine. Il faut le noter, tout cela s'est passé sans solution de continuité, sans ulcération. C'est d'autant plus curieux, qu'on ne peut expliquer ce phénomène par une suppuration survenue dans l'épaisseur de la peau.

Les choses ne se passent pas de la même manière dans les cas de syphilides pustuleuses et bulleuses ulcérées, les seules où l'emplâtre de Vigo a été appliqué. Dès qu'au moyen des cataplasmes on a eu fait tomber les croûtes et mis à nu les ulcérations, on couvre celles-ci du médicament. Son premier effet est de tarir graduellement la suppuration; le pus, de séreux et brunâtre qu'il était, devient lié et jaunâtre; il se forme des granulations roses qui s'élèvent du fond de la perte de substance et la comblent; les bords taillés à pic s'affaissent; enfin, la cicatrice se forme; elle est un peu déprimée, blanche, brillante et sillonnée de rides légères et irrégulières.

Ce sont là incontestablement des effets fort curieux, car, nous le répétons, aucune médication autre que le topique n'a été employée chez les divers sujets, et cependant les syphilides ont guéri un peu plus vite peut-être que si on les eût soumises au traitement intérieur, et aux applications locales dont on l'accompagne quelquefois.

Maintenant, l'emplâtre de Vigo n'a-t-il eu chez ces malades qu'une action locale, n'a-t-il porté son influence que sur les téguments? S'il en est ainsi, l'affection constitutionnelle syphilitique n'est point guérie, et le mal se reproduira certainement. Nous n'oserions affirmer que cela n'arrivera pas. Cependant il est incontestable que le mercure a été absorbé; car chez plusieurs sujets l'emplâtre a déterminé une salivation ex-

trêmement abondante et tous les accidents de l'hydrargyrie. Nous extrairons quelques faits de la note que nous a communiquée M. Racle, interne de M. Émery. Une femme, âgée de vingt-huit ans, fut couchée, le 5 avril 1842, salle Sainte-Marthe, nº 9 : elle portait depuis deux ans des tubercules syphilitiques sur les bras, sur les côtés du corps et les reins. Aucun traitement antérieur n'avait été fait. Le 11 avril, on appliqua de petites pièces d'emplâtre de Vigo sur les points affectés. Le 13, c'est-à-dire deux jours après, la malade fut prise d'une salivation peu intense, mais qui, les jours suivants, devint telle, que des ulcérations caractéristiques survinrent sur la langue et sur les gencives. Il fallut supprimer, pendant quelques jours, l'emplâtre. Au demeurant, cette malade est sortie complétement guérie de ses tubercules, le 12 mai 1842, après avoir présenté les phénomènes de guérison que nous avons décrits. — Une autre malade, âgée de trente ans, domestique, couchée au nº 13 de la même salle, traitée sans aucune amélioration par les moyens antérieurs, depuis le mois de juillet 1841 jusqu'au 2 mars 1842, pour des tubercules syphilitiques d'un centimètre au moins de diamètre chacun, et couvrant tout le corps, excepté le milieu des reins, fut soumise à l'emplâtre de Vigo, qu'on n'employa pas chez elle par morceaux, mais par bandelettes autour des bras, et par larges bandes autour du corps. Cette femme eut, au bout de huit jours, une salivation assez forte ; on fut obligé de suspendre le traitement commencé le 2 mars, pendant une quinzaine de jours. Il fut repris; la salivation se déclara encore une seconde fois. De sorte qu'elle a conservé tout au plus pendant six semaines les emplâtres. Cette malade est sortie, le 10 mai, presque guérie; il lui restait encore une certaine coloration cuivrée des plaques. — Le nº 53 de la salle Sainte-Marthe offre un exemple plus saillant de l'action puissante du médicament. Cette femme, entrée le 11 février dernier, portait sur la face palmaire des deux avant-bras des anneaux énormes formés par des plaques syphilitiques de nature mixte, qu'on pouvait rapporter aux tubercules aussi bien qu'aux affections squammeuses. La paume des mains présentait en outre un psoriasis palmaire syphilitique. Des emplâtres mercuriels sur ces points peu étendus, qui n'avaient pas une surface d'un décimètre carré, ont amené en quarante-huit heures une salivation tellement intense, que depuis on n'a plus osé les renouveler. — Des faits de salivation se sont encore montrés chez deux autres malades. L'un, âgé de vingt-cinq ans, était couché au nº 29 de la salle Saint-Thomas. Entré du reste le 22 juin 1842, il est sorti guéri de ses tubercules le 28 août suivant.

Assurément, on ne peut considérer encore comme résolu le fait de la curation définitive de l'affection syphilitique constitutionnelle par l'em-

plâtre de Vigo; de nouvelles expériences sont nécessaires. En attendant, les observations que nous venons de rapporter prouvent l'action générale incontestable qui résulte de l'emploi de ce médicament.

Amaurose guérie par la pommade de Gondret. — Voici un exemple qui prouve la persévérance qu'il faut de la part du médecin et de la part du malade dans l'emploi des moyens propres à triompher de la plupart des maladies chroniques, et surtout de l'amaurose, qui est peut-être la plus désespérante et la plus rebelle de toutes. Il y a quelques mois, M. Lisfranc reçut, au nº 9 de la salle Saint-Louis, à la Pitié, un homme de vingt-huit ans, qui depuis un an, sans aucune cause appréciable connue, avait été frappé d'une amaurose à peu près complète ; il distinguait un peu la lumière des ténèbres, mais il lui était impossible de se conduire. On a attaqué, pendant deux mois, cette amaurose par les saignées, par les vomitifs répétés, par les dérivatifs puissants et continus sur le canal intestinal ; on n'a pas obtenu le moindre effet. M. Lisfranc s'est adressé alors aux cautérisations syncipitales, au moyen de la pommade de Gondret. Tous les jours, pendant trois mois consécutifs, on a fait une application de ce remède sur le même point, à la partie antérieure et supérieure de la tête. Ce caustique posé journellement sur une plaie vive, déterminait des souffrances que le malade supportait avec courage. Cependant, à deux ou trois reprises différentes, il est survenu des douleurs tellement violentes de la tête, qu'il a fallu les combattre par une petite saignée révulsive du pied, de 90 grammes ; ces douleurs disparaissaient en vingt-quatre ou quarante-huit heures, et l'on reprenait aussitôt la pommade de Gondret. Cette constance, qui n'a pas été altérée par trois mois d'insuccès, a eu sa récompense. Dès les premiers jours du quatrième mois de l'emploi du moyen, la vue a commencé à s'améliorer ; on a continué la pommade, et chaque jour, dès ce moment, le mieux s'est prononcé davantage ; ce malade voyait sa vue comme renaître. Le succès a été tel, qu'aujourd'hui ce sujet lit des caractères assez fins d'imprimerie. Il n'y a pas encore quatre mois révolus que la médication a été commencée.

Ligature des artères radiale et cubitale pour une hémorrhagie par la paume de la main. — Voici une observation intéressante à plus d'un titre. Le 9 juillet dernier, Arnal, ouvrier en parapluies, âgé de quarante-trois ans, en voulant placer une pierre derrière la roue d'une charrette pesamment chargée, eut la main gauche écrasée. Il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert. La paume de la main est traversée par une vaste plaie contuse qui contourne le bord

cubital du métacarpe, dont les quatrième et cinquième os sont brisés comminutivement ; la plaie passe sur le dos de la main et s'étend jusqu'à la partie moyenne; les tendons sont à nu ; point d'hémorrhagie. On lui fait une saignée du bras ; on applique des cataplasmes froids, qu'on maintient jusqu'au 16 : la suppuration est bien établie et a chassé au dehors plusieurs lambeaux de tissu cellulaire mortifié. On se borne à des pansements avec la charpie trempée dans une décoction aromatique, et à des bains de main avec le même liquide. — Les choses allaient aussi bien que possible le dixième jour de l'accident, lorsque le 19, sa main étant dans l'eau, il se déclare une hémorrhagie à la face palmaire : on voit, au fond de la plaie, l'orifice de la petite artère qui darde le sang; mais on ne peut agir sur place pour l'arrêter, car les tuniques enflammées du vaisseau se déchirent par la pression de la ligature ou par la torsion; le tamponnement et la compression légère, la seule qu'on puisse faire sur la plaie, sont impuissants. On comprime énergiquement les artères radiale et cubitale à la partie inférieure de l'avant-bras. L'hémorrhagie s'arrête jusqu'au 26, jour où elle se déclare plus grave que précédemment. Cette fois la compression des artères ne fait rien. M. Jobert se décide alors : il pratique à la fois la ligature des artères radiale et cubitale à la partie inférieure de l'avant-bras, et réunit les plaies avec des bandelettes de diachylon. Les ligatures tombent le 1er août. Il n'y a plus eu d'hémorrhagie. — Maintenant, quelle a été l'action de cette double ligature sur cette main, où l'on a vu des désordres si graves? Y a-t-il eu gangrène sphacèle, comme on a prétendu que cela devait avoir lieu par l'interruption de la circulation des deux troncs artériels? Les parties étaient assurément dans un état assez mauvais pour que cela arrivât plutôt dans ce cas que dans tout autre. Eh bien ! non, il n'est rien arrivé de cela. Au contraire, les accidents inflammatoires ont semblé éprouver une modification avantageuse après l'opération, et la suppuration a été moins abondante. Il a bien fallu, après, enlever les esquilles qui se séparaient du cinquième métacarpien, retrancher avec des ciseaux la dernière phalange du petit doigt, qui déjà était frappée de mort, ouvrir la gaîne des tendons des fléchisseurs de l'annulaire qui s'étaient exfoliés, et qui contenait du pus; mais tout a marché admirablement, et la guérison de la plaie est achevée. La circulation s'est parfaitement rétablie par les anastomoses, et l'on sent très-bien aujourd'hui les battements des artères radiale et cubitale au-dessous des ligatures.

Bons effets d'un vésicatoire et de l'iodure de potassium dans un cas d'exostose très-douloureuse, réputée non syphilitique.—Ce sont les cas courants de pratique qui sont les plus précieux à connaître. Un

jeune paysan, âgé de vingt-sept ans, assurant n'avoir jamais eu de syphilis, portait depuis huit mois une exostose volumineuse à la partie inférieure de la jambe gauche, au-dessus de la malléole ; le relief du membre, dans ce point, était élevé de plus de deux centimètres. Il y avait des douleurs vives et continues; mais au lieu d'être plus fortes la nuit que le jour, elles diminuaient au contraire pendant cette période. Ce malade est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Antoine, n° 11, service de M. Lisfranc. Ce chirurgien a combattu ces douleurs, qui étaient intolérables, par plusieurs applications de sangsues et les cataplasmes émollients. Ces moyens, mis en usage avec persévérance, n'ont amené aucune diminution dans les souffrances.

Malgré les assertions du malade, craignant qu'il n'y eût eu un principe syphilitique sous jeu, M. Lisfranc administre l'iodure de potassium à la dose d'un gramme, et en même temps il fait appliquer sur l'exostose un grand vésicatoire. En quarante-huit heures, toutes les douleurs avaient disparu. La tuméfaction osseuse a diminué ensuite très-rapidement sous l'influence de la médication, de telle sorte qu'au bout de douze jours elle était réduite des cinq sixièmes. Les douleurs ne sont plus revenues. On a laissé suppurer le vésicatoire pendant un mois, et aujourd'hui le malade est complétement guéri et va sortir de l'hôpital. Il marche sans douleurs comme auparavant, seulement il existe encore un peu de tuméfaction du tibia.

Consolidation d'une fracture chez un vieillard, malgré l'existence d'une affection syphilitique constitutionnelle et pendant un traitement mercuriel. Une opinion généralement admise, c'est que l'existence d'une syphilis constitutionnelle s'oppose à la consolidation des fractures ; une autre idée également accréditée aussi, c'est que l'administration du mercure est contre-indiquée pendant l'existence d'une fracture : les propriétés liquéfiantes ou antiplastiques de ce médicament devant s'opposer à sa consolidation. Ces principes, qui ne sont point exacts, ont un grand danger, car ils peuvent empêcher certains praticiens de traiter la syphilis par les mercuriaux chez un sujet actuellement en traitement pour une fracture, et ce retard dans l'emploi du remède peut aggraver les conséquences de l'empoisonnement syphilitique constitutionnel. Il est donc important de mettre sous les yeux de nos lecteurs une observation qui les rassure sur la portée que peuvent avoir sur la solidification des os la syphilis et le mercure.

Un marchand revendeur dans les rues, âgé de soixante ans, mais affaibli, mais décrépit par suite d'excès de tous genres, et auquel on aurait donné, à son extérieur, soixante-quinze ans, fait une chute douze jours

avant son entrée à l'hôpital, et se fracture la clavicule droite à la partie moyenne. Le 2 septembre, il est reçu à l'hôpital du Midi pour cette lésion, et placé dans les salles de chirurgie de M. Ricord, où il est examiné. En outre de sa fracture, cet homme portait sur tout le corps une syphilide papulo-squammeuse; on voyait sur le gland les cicatrices indurées de plusieurs chancres qu'il avait pris, disait-il, deux mois auparavant, et, de plus, des engorgements ganglionnaires inguinaux.

On appliqua sur ce malade le bandage au bonnet de coton de M. Simonin de Nancy; mais comme c'était la première fois qu'on l'employait, et que sans doute il n'était pas bien disposé, il ne maintint pas bien la fracture, et il fut remplacé par le bandage en écharpe. Dès le même jour, le malade fut mis aux mercuriaux pour le traitement de sa syphilide : il prit d'abord une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure, et, le dixième jour, deux pilules du même remède, aidé dans son action par la tisane et le sirop sudorifiques. Le douzième jour, on remarquait déjà une modification des plus avantageuses dans les plaques syphilitiques de la peau. Enfin, malgré l'âge avancé du malade, malgré sa faiblesse, sa décrépitude, en dépit de l'infection syphilitique constitutionnelle bien constatée par des preuves irrécusables, malgré encore le traitement mercuriel que le sujet a continué et qu'il suit encore, sa fracture était parfaitement bien consolidée au bout du vingtième jour du traitement. En ce moment cet homme est presque entièrement guéri de sa syphilide; il ne reste plus que les taches brunes de la période de réparation.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CANCER *du col de l'utérus, guéri par l'emploi du cautère actuel.* Tout observateur qui a suivi le cancer utérin dans les différentes phases de son développement, et constaté l'impuissance de la thérapeutique contre les progrès de cette cruelle maladie, acceptera avec beaucoup de réserve le fait suivant.

La femme Peyssey, âgée de 47 ans, a une suppression de règles le 16 août 1840. Pendant 9 mois, gonflement du ventre, consécutif. Au bout de ce temps, métrorrhagie durant 15 jours, suivie d'un écoulement blanc strié de sang et fétide; *absence totale de douleurs lancinantes.* La malade reste au lit. Pendant dix mois, amaigrissement général.

Le 15 août 1841, le docteur Daniel trouve le col dur, gros comme une bille de billard, assez ouvert pour laisser pénétrer l'extrémité du doigt index, qui est retiré avec un enduit sanieux, fétide. Le vagin est décoloré; *la partie qui tapisse la surface interne du museau de tanche est détruite; le tissu musculaire est mis à nu; il est couleur lie de vin, et offre des granulations.* — *Il s'en écoule des sanies sanguines.*

M. Daniel porta le fer rouge sur toute cette surface interne du museau de tanche : il se servit d'un cautère olivaire, et le laissa appliqué pendant une minute. Ce temps suffit, dit l'opérateur, pour détruire les tissus dans une épaisseur d'un centimètre

et demi en tout sens. La malade ne fit entendre aucune plainte. *Elle avait été liée préalablement comme pour l'opération de la taille.* Cautérisée le 25 août, la malade se promenait le 28. Le 31 décembre, M. Daniel trouve sur le col une solution de continuité transversale et linéaire. Il l'attribue à l'éruption des règles, qui s'est faite quelques jours auparavant. (*J. des con. méd.-chir.*, sept. 1842.) —Les détails de cette observation démontrent toute la justesse du préambule que nous y avons ajouté, et préviennent les praticiens de se tenir en garde contre l'extraordinaire de certains faits si fastueusement annoncés, et si en dehors des données de l'expérience. Où se trouvent, en effet, les caractères de ce prétendu cancer, si miraculeusement guéri par une seule cautérisation? Pour tous ceux qui ont un peu l'habitude d'observer les lésions anatomiques du col utérin, c'est bien là un cas d'hypertrophie de cet organe, avec ulcération fongueuse à sa surface. Dans cette interprétation rigoureusement déduite de la lettre même de l'observation précitée, le tout s'explique et le résultat du traitement devient, pour les cas analogues, un enseignement qui ne doit pas être perdu en pratique.

Ajoutons que s'il eût connu le beau travail de M. Jobert de Lamballe sur les nerfs utérins, M. Daniel n'aurait pas soumis sa malade à l'effrayant système de déligation que les plus obstinés conservateurs des vieilles traditions chirurgicales ont abandonné, même pour l'opération de la taille. — Dans le travail que nous venons de citer, M. Jobert, après de nombreuses dissections des organes génitaux de la femme, et des femelles de plusieurs animaux, est arrivé à cette conclusion, qui contrarie beaucoup les croyances acceptées jusqu'alors; savoir, qu'il n'existe pas de nerfs dans la partie de l'utérus qui fait relief dans le vagin. — Puis de ce fait anatomique il induit que le col utérin est dépourvu de cette sensibilité qu'on lui a attribuée, et dès lors qu'il peut supporter les opérations qu'on n'aurait pas osé pratiquer si elles avaient excité une violente douleur qui, transmise par la continuité des filets nerveux dans la plupart des viscères, eût jeté un trouble profond dans la vie organique et dans l'économie tout entière. — A l'appui et comme corollaire confirmatif de ses aperçus anatomiques et physiologiques, le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis rapporte plusieurs observations qui démontrent les heureux effets de la cautérisation par le fer rouge dans les affections graves du col de l'utérus. (*Mémoire de l'Académie des sciences*, tome VIII.)

CHAUDE-PISSE SÈCHE. Les observations authentiques de chaudes-pisses sèches étant très-rares, nous donnons place à celle-ci, recueillie à l'hôpital des Vénériens dans le service de M. Vidal. Cremer, manœuvre, âgé de dix-neuf ans, n'avait jamais eu de rapport avec aucune femme, lorsqu'il va voir une fille publique. Le lendemain même de ce coït il se développe une douleur dans le canal de l'urètre. Quand il entre à l'hôpital, ces douleurs existent très-fortes depuis trois mois, *sans écoulement aucun par le canal.* Les douleurs, d'abord bornées au méat urinaire, se sont propagées dans toute l'étendue de l'urètre, et les érections se faisaient avec beaucoup d'angoisses. On s'est borné pendant les six premiers jours, à l'hôpital, à des bains locaux, puis on a appliqué vingt sangsues au périné, répétées trois fois à trois jours d'intervalle. Les douleurs de l'urètre continuant, et aucun écoulement ne se manifestant, M. Vidal introduit une bougie dans le canal, et le jour même l'écoulement apparaît. Au bout de quelques jours il devient très-abondant et jaunâtre. A partir de ce moment les douleurs s'apaisent peu à peu. On commence le cubèbe, qu'on est bientôt obligé de suspendre à cause de l'inflammation du corps caverneux, pour se borner pendant un mois à la tisane de graine de lin nitrée et aux bains locaux émollients. Enfin l'on reprend le cubèbe, et cette fois avec succès. Il a fallu près de deux mois pour que ce malade sortît parfaitement guéri de l'hôpital. On doit noter cette circonstance, que ce jeune homme n'avait jamais connu de femme avant le coït qui avait amené ses douleurs, afin de ne pas confondre cette espèce d'urétralgie avec un état analogue observé chez des sujets qui ont eu des blennorrhagies ou qui sont affectés d'un rétrécissement ou d'une affection du col de la vessie. Ce point est important, car il établit une vraie différence entre les deux maladies, très-importante pour le

pronostic et pour le traitement. (*Gaz. des hôp.*, septembre 1842.)

CRACHATS TUBERCULEUX (*Études microscopiques sur les*). Il n'y a point de caractères physiques ni chimiques qui puissent faire distinguer le mucus du pus, sinon dans leurs degrés extrêmes; et malgré les recherches nombreuses faites depuis quelques années par MM. Mandl, Gluye, Vogel, Cérutti et Gruby, et l'an passé par M. Canstatt, le microscope n'a pas encore résolu le problème. Dans le mucus comme dans le pus, on découvre, en outre de la sérosité, deux éléments microscopiques: 1° les globules de pus ou de mucus (qui sont des corpuscules ponctués, irrégulièrement arrondis, à bords dentelés, ayant un volume de un deux-centième ou un trois-centième de ligne, et dont la cuticule blanchâtre est dissoute par l'acide acétique), et 2° des cellulosités contenant généralement une granulation. Mais on ne découvre aucun caractère différentiel entre les deux liquides.

D'après M. Canstatt, qui a répété avec soin les expériences des auteurs que nous avons nommés, il ne serait pas plus facile, au moyen du microscope, de distinguer le pus tuberculeux des autres sortes de pus, que de différencier le pus du mucus. C'est pour cela qu'il voudrait qu'on rejetât la dénomination de *globules du pus*, pour prendre celle de *globules ponctués*, qui n'exprime qu'une apparence physique sans rien préjuger des caractères intimes. — Voilà sommairement où en est la science à cet égard; le diagnostic de la phthisie n'a pas fait, comme on le voit, un grand pas dans cette route.

M. Sandras, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, s'est livré à de nouvelles études, et il annonce être arrivé à des résultats plus positifs. nous le désirons. Cet honorable confrère a fait recueillir sous ses yeux dans un petit tube des crachats de quarante-neuf malades atteints de phthisie bien constatée, et il les a examinés au microscope avec un grossissement de trois cents diamètres. Il a trouvé dans ces crachats les caractères suivants : globules nombreux, arrondis, isolés les uns des autres, d'une couleur gris blanchâtre, comparables pour le volume et la forme aux globules du pus, mais en différant néanmoins en ce que ces derniers sont nettement circonscrits, tandis que les globules des crachats sont entourés à leur surface d'une couche comme tomenteuse, qui ne peut être enlevée par le lavage. Un des caractères de ces petits corps, dont il ne faut pas accumuler une trop grande quantité sur le porte-objet du microscope pour les bien voir, est d'être complétement opaques vers le centre, et de prendre une teinte de plus en plus claire à mesure qu'on approche de leurs bords. — Notre confrère ne considère pas du reste le pus de ces crachats comme étant formé par les tubercules eux-mêmes; il pense qu'il provient d'une sécrétion faite par les parties au milieu desquelles le tubercule est déposé.

M. Sandras a examiné comparativement les crachats provenant de simples catarrhes. Ils sont en apparence semblables à ceux des phthisiques; mais ils sont dépourvus de globules. On y voit des corpuscules qui diffèrent des globules tuberculeux en ce qu'ils ne sont point isolés les uns des autres, qu'ils n'ont pas tous un même volume, que leur surface offre des stries, et que ces corpuscules disparaissent, ou paraissent d'une manière fugace au microscope.

Néanmoins, malgré ces caractères différentiels, lorsque les signes physiques et la marche du mal semblaient contredire les indications fournies par le microscope, M. Sandras est resté dans l'incertitude et ne s'est point prononcé. Dans ces cas douteux, néanmoins, l'autopsie a fini par donner raison au microscope.

L'auscultation et la percussion étant impuissantes pour établir un diagnostic bien précis entre les affections catarrhales des bronches et la phthisie tuberculeuse au début, les données nouvelles fournies par M. Sandras, par l'examen microscopique des crachats, seront importantes si son jugement est confirmé par d'autres observateurs. (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, septembre 1842.)

CROUP (*Trachéotomie suivie de guérison chez deux enfants atteints du*). Nous pourrions nous élever contre l'extension qu'a prise, depuis quelques années, l'opération de la trachéotomie. Les exemples ne nous manqueraient pas si nous voulions prouver qu'elle a été pratiquée dans des cas où elle n'était point nécessaire, et, chose plus sérieuse à dire, où la mort a été la conséquence soit

immédiate, soit consécutive de la tentative chirurgicale que la gravité de la maladie ne réclamait pas. Mais nos récriminations s'adresseraient ici, non à l'opération en elle-même, mais à d'imprudents chirurgiens que la manie d'instrumenter emporte au delà des bornes raisonnables de l'art. La trachéotomie est une opération grave, une ressource extrême. Il ne faut y avoir recours qu'après mûres réflexions, qu'alors que l'imminence du danger est patente, incontestable, que tous les moyens ont été ou vont être impuissants pour empêcher la suffocation. Dans ces cas seulement recourez à l'ouverture de la trachée, car, quelque chanceuse qu'elle soit, elle vous offre encore une espérance. Nous trouvons, dans le dernier fascicule des travaux de la Société médicale de Tours, deux nouvelles observations de trachéotomie pratiquée dans la période extrême du croup. Nous nous hâtons de le dire, ce n'est point à ces faits que peuvent s'appliquer nos réflexions précédentes. L'opération était, dans ces cas, impérieusement commandée; elle a positivement sauvé la vie aux deux enfants auxquels elle a été pratiquée. L'un était une petite fille, Henriette Bourdon, âgée de quatre ans sept mois, dont la suffocation était imminente au quatrième jour de l'invasion du croup. La trachéotomie, faite le 1er avril 1842, et suivie les jours suivants de cautérisations dans la trachée au moyen d'une éponge imbibée de nitrate d'argent au 12e, a amené la désobstruction des voies respiratoires. Le septième jour, la canule a pu être retirée, et, dès ce jour, l'enfant n'a pas tardé à être guérie. Les choses ne se sont pas passées aussi simplement chez un petit garçon de deux ans et huit mois, opéré le 18 avril 1842, également au 4me jour du croup, par le même praticien, M. le docteur Thomas. Pendant douze jours, la vie a été à chaque instant en péril, la respiration difficile, les accès de suffocation fréquents; on n'a pu retirer la canule que le seizième jour; il a fallu recourir aux purgatifs, aux révulsifs sur les membres inférieurs, aux expectorants, etc., pour conjurer les divers accidents qui se sont développés. En résumé, ces deux malades ont guéri, et MM. les docteurs Thomas, Blanchet et Charcellay, auxquels ils étaient confiés, ont bien fait de proposer et d'exécuter l'opération, sans le secours de laquelle ils n'auraient point tardé à succomber.

Mais nous trouvons dans l'exposé qui nous est donné de ces faits matière à des réflexions qui ont quelque importance. Il s'agit de la méthode de traitement qui a été suivie pour s'opposer à la marche du croup. Savez-vous tout ce qui a été fait chez ces deux malades, avant la trachéotomie? Rien autre chose que la cautérisation du pharynx. — Le médecin est appelé : la toux est croupale; les inspirations sifflantes; il y a menace de suffocation; les amygdales sont tapissées de fausses membranes grisâtres, le voile du palais et ses piliers sont rouges; le pouls est très-accéléré, etc.; — cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent sur les amygdales. — Le lendemain les accidents sont aggravés; — seconde cautérisation avec une éponge imbibée d'une solution d'un quart de nitrate d'argent dans trois quarts d'eau. — L'état empire encore; troisième, quatrième, cinquième cautérisations dans la même journée. — Le lendemain on recommence les cautérisations de la même manière. On agit de la même façon le jour d'après; et quand on a eu posé des sinapismes aux membres inférieurs et un vésicatoire au sternum, et que l'enfant est sur le point de s'asphyxier, alors on pratique la trachéotomie.

Nous avons beaucoup de considération pour nos confrères de Tours; mais, en vérité, nous croyons qu'il y a une manière plus rationnelle de traiter la période initiale du croup que celle qu'ils ont employée chez les deux sujets dont il est question. Quoi! pas une application de sangsues, pas le moindre vomitif? Ces deux moyens héroïques n'ont-ils pas eu, entre les mains d'un grand nombre de praticiens qui savent les manier, des résultats assez heureux pour qu'ils soient pris en considération par tous ceux qui se trouvent en présence d'une maladie telle que le croup? Pourquoi leur exclusion? pourquoi cette seule médication, la cautérisation? Elle a certainement ses avantages, mais elle n'exclut pas le secours des émissions sanguines, des frictions mercurielles, qui combattent l'inflammation, et surtout de l'émétique à bonne dose et répété, qui, par les secousses de vomissements qu'il provoque, détermine l'expulsion des fausses membranes, et quelquefois même de longs tubes membraneux entiers, et enlève ainsi,

à la satisfaction du médecin et au grand bénéfice du malade, la cause pathologique qui bientôt aurait obligé à recourir au moyen extrême qu'il faut, avant tout, chercher à éviter, la trachéotomie. (*Journal de la Société méd. d'Indre-et-Loire*, 2me trimest. 1842.)

DELIRIUM TREMENS *guéri par l'opium.* Rien n'est plus propre à faire réfléchir le médecin sur la nature intime des maladies et à le prémunir contre l'interprétation de certains symptômes pour asseoir son jugement et diriger sa thérapeutique, que ce qui se passe dans cette affection singulière et grave désignée sous le nom de delirium tremens. Ici nous rencontrons tout l'appareil formidable d'une surexcitation cérébrale en apparence de nature inflammatoire, et cependant ce ne sont pas les antiphlogistiques qui conviennent; il faut, si l'on veut voir disparaître les phénomènes qui semblent se rapporter à une phlegmasie du cerveau ou de ses membranes, administrer précisément le médicament qui serait le plus dangereux si l'on en croyait ces symptômes. L'on puise, dans ces cas, l'élément capital de détermination dans la cause de l'affection, dans les antécédents du sujet. On va voir un exemple saillant de ce genre. — Un garçon de magasin, âgé de trente-trois ans, entre le 8 septembre dernier à l'hôpital de la Charité, avec une céphalalgie vive, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles; la face est animée, les pupilles dilatées, la soif vive, l'intelligence est complète; la parole est tremblante, les membres supérieurs et inférieurs sont agités par des mouvements continuels; la langue est sans déviation. M. Monneret, remplaçant M. Andral, prescrit un bain de pieds sinapisé et une saignée de trois palettes. Dans la journée le malade perd connaissance, il a une attaque épileptiforme. Le lendemain 9, un délire violent se déclare; il vocifère, il cherche à sortir de son lit; on est obligé d'appliquer la camisole de force. Les renseignements que l'on obtient des parents, et qui établissent que ce sujet abusait souvent des liqueurs fortes, permet seulement à cette époque de la maladie d'asseoir un diagnostic auquel on n'aurait pas pu arriver par l'examen des symptômes. Immédiatement, le 10, M. Monneret prescrit à ce malade une potion avec 25 centigrammes d'opium; avant qu'il en eût pris une certaine quantité, le délire avait cessé comme spontanément. Le 11 au soir, il tend à reparaître; une nouvelle quantité de 20 centigrammes d'opium lui est administrée. Le 12, le tremblement persiste encore, mais moins marqué; on administre une nouvelle dose de 25 centigrammes d'opium; le délire ne reparaît plus. — On voit que l'étiologie pouvait seule établir la vraie nature de cette maladie; que les symptômes extérieurs étant parfaitement semblables, la nature intime de la cause qui les produit peut être tout à fait différente, enfin que la spécificité des affections ne peut pas se découvrir toujours par l'étude des phénomènes morbides. (*Gaz. des hôp.*, septembre 1842.)

DENTITION (*Exemple de troisième*). Les exemples de troisième dentition, publiés par les auteurs, ont presque tous rapport à des vieillards; de tous les faits connus, on n'en pourrait guère trouver qu'un seul, celui d'Eustachi, qui, comme celui que nous allons rapporter, eut pour sujet une personne encore jeune; d'un autre côté, cette troisième dentition est ordinairement incomplète, et se borne en général au renouvellement d'une ou deux dents; sous ce double rapport, ce cas présente un extrême intérêt, car les deux circonstances les plus rares dans cette espèce d'anomalie s'y trouvent réunies. — Une des filles de la comtesse Z.... n'avait rien présenté d'anormal dans l'évolution de ses premières dents lorsque, à l'âge de six ans, elles commencèrent à tomber. La même régularité s'observa dans les phénomènes de la seconde dentition, de manière que toutes les dents de lait avaient été successivement remplacées par des dents permanentes à l'époque où cette jeune personne entrait dans sa douzième année. C'est à cet âge que, sans cause extérieure connue, les dents incisives tombèrent. Cette perte affectait vivement la malade et ses parents; ils pensaient qu'elle était irréparable, lorsqu'on vit de nouvelles dents apparaître et se développer à la place de celles-ci. La même chose eut lieu pour toutes les autres dents qui tombèrent aussi, et furent remplacées successivement, de sorte qu'ayant la fin de cette année, une troisième dentition complète s'était opérée de la manière la

plus régulière. — On ne saurait adresser à cette observation le reproche de défaut d'authenticité que des auteurs sérieux ont cru pouvoir appliquer, sans exception, à tous les faits du même ordre : la malade dont il est question était, par son âge et sa position sociale, du nombre des personnes qui sont surveillées avec la vigilance la plus minutieuse dans tout ce qui a rapport aux avantages extérieurs, dont une denture régulière constitue, sans contredit, un des principaux. (*Gazette méd.*, septembre 1842.)

DOULEURS NERVEUSES (*Feuilles de belladone en cataplasmes dans les*). La belladone est le sédatif par excellence de certaines douleurs nerveuses et musculaires. Une malade ressentait une douleur brûlante vers l'épaule gauche, principalement vers l'acromion et vers le point d'insertion du deltoïde à l'humérus; aucun mouvement du bras et même des doigts n'était possible; il y avait de la fièvre. Après avoir, pendant plusieurs jours, employé inutilement pour calmer ces douleurs les cataplasmes émollients, les frictions anodines, les sangsues, les calmants à l'intérieur, M. le docteur Avuyne, des Batignolles, eut recours chez cette malade aux cataplasmes de belladone. A midi, une poignée de feuilles sèches de cette plante fut mélangée avec du cataplasme de farine de graines de lin et appliquée sur l'épaule. Dès six heures du soir, il n'y avait presque plus de douleur, et la nuit fut bonne. Le lendemain, les feuilles fraîches de belladone remplacent les feuilles sèches : la journée et la nuit furent également bonnes. Ainsi quarante-huit heures de l'application de ces cataplasmes amenèrent, sans autre traitement, une guérison qui s'est maintenue. Dès le troisième jour, les mouvements de la main et de l'épaule s'opéraient sans souffrance. (*Journ. de Médec. et Chirurg. prat.*, septembre 1842.)

EMPOISONNEMENT *d'un nouveau-né par une goutte et demie de laudanum.* Le docteur Everest accoucha une pauvre femme d'une petite fille robuste; avant de la quitter il prescrivit contre ses coliques 12 gouttes de teinture d'opium dans 30 grammes de liquide. Le lendemain, la nourrice donna à l'enfant une cuillerée à café de la potion pour la calmer et l'empêcher de crier. Le docteur Everest trouva à son retour la petite fille dans un coma profond, et malgré tous ses efforts, la mort eut lieu quatorze heures après l'ingestion du liquide. — Le docteur Christison a rapporté le cas à peu près semblable d'un enfant de trois jours qui mourut pour avoir avalé le quart d'une potion qui contenait 10 gouttes de laudanum, c'est-à-dire 2 gouttes et demie du médicament narcotique. (*Foreing and British review, et Archives de méd.* septembre, 1842.)

ECTROPION *guéri par la méthode sous-cutanée.* En même temps que l'observation suivante renferme une nouvelle et heureuse application de la ténotomie sous-cutanée, elle éclaire le chirurgien sur l'une des causes d'une difformité très-fréquente, et sur le remède à y opposer, du moins dans certains cas.

Zacharski, âgé de 18 ans, eut des ectropions aux deux yeux, à la suite d'ophthalmie scrophuleuse double. Les cils, tournés contre la cornée, l'irritaient à un tel point, qu'à droite cette membrane était presque opaque, et qu'à gauche son segment supérieur seul restait transparent. M. Neumann pratiqua l'opération suivante : il engagea d'abord, entre le globe de l'œil et la paupière supérieure, une plaque de corne; puis il enfonça un ténotome dans la tempe, à un demi-pouce de l'angle externe de l'œil, en poussa la pointe entre la peau et la face supérieure du muscle releveur de la paupière jusqu'à l'angle interne; arrivé là, il tourna le tranchant de l'instrument en dedans et divisa le muscle releveur de la paupière et tous les tissus appliqués sur la plaque de corne chargée de protéger le globe oculaire, et retira le ténotome par le point où il l'avait introduit. Il agit de même sur la paupière inférieure, en pénétrant par la plaie existant déjà à la tempe. Les cils de la paupière reprirent alors une direction normale, et la conservèrent à l'œil gauche, où la vue s'est complétement rétablie. A droite, l'opération fut réitérée au bout de trois semaines, encore l'amélioration ne fut-elle que légère à cause de l'opacité de la cornée. (*Jour. des Connais. méd.-chirur.*, septembre 1842.)

ERGOT DE SEIGLE (*Nouvelles Recherches sur la nature et la formation de l'*). La dégénérescence

que subissent certaines graminées pour se convertir en ergot a été l'objet de l'étude de plusieurs naturalistes et de plusieurs médecins. Cependant l'on n'est pas encore bien fixé sur le mode de formation et la nature de cette excroissance. On a attribué cette production à une maladie du grain; on lui a donné pour cause des piqûres d'insectes. MM. Paulet et de Candolle ont considéré ensuite l'ergot comme une espèce de champignon; enfin, M. Leveille neveu y a vu deux parties, l'une, l'ergot proprement dit, qu'il a considéré comme une substance inerte, puis un champignon déliquescent qu'on voit seulement sur le grain frais, et dans lequel résident toutes les propriétés médicales et obstétricales.

M. Debourges de Rollot considère toutes ces opinions comme des hypothèses inadmissibles; il a étudié avec le plus grand soin la manière dont cette singulière production se forme, et voici ce qu'il a vu. Les grains de seigle qui doivent se convertir en ergots se ramollissent, deviennent d'une extrême friabilité, subissent une sorte de fermentation, et exhalent une odeur nauséeuse désagréable. La surface de ces grains se sillonne de nombreuses et fines crevasses, qui laissent exsuder une liqueur blanchâtre, sucrée, visqueuse, qui se ramasse à la partie supérieure, s'épanche et agglutine les parties de la fleur; cette liqueur est acide et rougit le papier de tournesol. Déjà, à cette époque, excepté à la partie supérieure du grain, le périsperme, ce corps épais qui enveloppe le germe dans les semences, est partout détruit. Il n'existe même plus de traces du germe. On peut écraser plusieurs de ces grains et les délayer dans de l'eau, la teinture d'iode n'y dénote pas la moindre proportion d'amidon. Bientôt le grain devient jaunâtre de blanc qu'il était; il commence à brunir par la partie inférieure, où la consistance augmente et où les gerçures s'effacent, et les mêmes changements s'opèrent graduellement vers la partie supérieure du grain, qui prend progressivement les dimensions et les caractères que nous connaissons à l'ergot.

Ce qui a été pris à la partie supérieure pour un champignon n'est que la portion non détruite du périsperme, et l'amas plus ou moins abondant de la liqueur visqueuse dont nous avons parlé, laquelle a agglutiné les stigmates flétris et les poils soyeux que tous les grains offrent à cette extrémité. M. Debourges recommande de faire macérer pendant quelques jours des grains ergotés frais dans l'eau, d'en écraser ensuite sur une plaque de verre la partie supérieure, puis d'examiner à la loupe ou au microscope : il assure que, dans toutes les circonstances, on reconnaîtra l'existence de ces pillosités. Ce qui lui prouve encore que la portion jaunâtre supérieure n'est point un corps à part, et que c'est, au contraire, la continuation du même tout, c'est la continuité du sillon longitudinal qui existe sur toute la longueur du grain à toutes les époques de son développement morbifique ou normal. Si dans l'ergot était un champignon qui se fût développé dans l'ovaire à la place du grain, pourquoi ce champignon serait-il pourvu du même sillon longitudinal et des mêmes pillosités que ce grain? (*Journal de la Société médic. d'Indre-et-Loire*, 2me trim. 1842.)

FÉCULE *de pommes de terre.* La fécule de pommes de terre ne constitue pas seulement un excellent aliment pour les estomacs faibles, elle est de plus aujourd'hui fort employée en médecine pour la confection des cataplasmes. On la préfère surtout lorsqu'il s'agit de calmer l'irritation de la peau dans la plupart des affections dartreuses. L'expérience a prouvé que ces cataplasmes, qui sont appliqués froids, ont des vertus calmantes supérieures à celles de la farine de graines de lin, même pure; et l'on sait du reste qu'elle est si souvent falsifiée, soit avec du son, soit avec de la sciure de bois, soit avec du tourteau dont on a exprimé l'huile. Il est donc avantageux pour le praticien d'avoir un procédé simple de préparation pour conserver les pommes de terre et les rendre propres à donner une meilleure et plus belle fécule. Ce moyen est donné par le célèbre chimiste M. Liebig. Il faut laver les pommes de terre, enlever la pelure, les couper en tranches de 5 à 6 millimètres d'épaisseur; puis on les jette dans une cuve en bois, où on les couvre d'eau à laquelle on a ajouté 2 à 3 p. 100 d'acide sulfurique concentré. On les laisse dans ce mélange pendant vingt-quatre ou trente-six heures; on soutire ensuite et on verse dessus de l'eau pure, qui doit être

plusieurs fois renouvelée pour entraîner complétement l'acide. Les pommes de terre, parfaitement rincées, sont séchées à l'air sur des claies. Leur dessiccation s'opère rapidement; elles restent d'un blanc éclatant, et elles peuvent être converties en une fine farine qui peut servir à l'usage médical, et, dans beaucoup de cas, remplacer même, pour les besoins domestiques, la farine de blé. Sans l'emploi de l'acide sulfurique, les pommes ont l'apparence d'une substance cornée; elles sont difficiles à sécher et noircissent facilement. — L'on sait, du reste, que pour extraire la fécule on râpe les pommes de terre sur un tamis sur lequel on verse ensuite de l'eau, qui entraîne la matière féculente. Celle-ci, séparée par le repos et la décantation, est ensuite lavée et desséchée.

FIÈVRE TYPHOÏDE (*De l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement de la*). Que n'a-t-on pas expérimenté et que n'expérimentera-t-on pas encore avant d'avoir trouvé pour la fièvre typhoïde un traitement qu'on pourra décorer avec quelque raison du nom de spécifique! Nous avons aujourd'hui à rendre compte de quelques essais nouveaux faits dans ces derniers temps avec le sulfate de quinine à haute dose.

Un médecin de Plaisance, M. le docteur Broqua, est le principal instigateur de cette méthode. Désireux de prouver la supériorité du sulfate de quinine à haute dose qu'il annonçait avoir produit, entre ses mains, des merveilles, administré, dans la fièvre typhoïde, à la dose de 10 à 20 centigrammes toutes les heures, soit du jour, soit de la nuit, il est venu tout exprès à Paris au mois de mai dernier. M. Blache, à l'hôpital Cochin, a soumis quelques malades à ce traitement; nous ne dirons rien encore de ces essais, car les observations qui ont été publiées ne nous fournissent pas tous les renseignements désirables. Mais voici, à cet égard, les résultats obtenus, à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Husson, et publiés par M. Saint-Laurent, son interne.

Onze malades ont été traités, à l'Hôtel-Dieu, par la méthode en question. 1° Deux malades ont présenté une fièvre typhoïde à forme adynamique bien prononcée; 2° un, une fièvre typhoïde très-légère; 3° chez cinq, la maladie présentait une gravité moyenne; 4° enfin, chez trois, la fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique était très-grave. Sans entrer dans tous les détails de ces longues observations, examinons-en scrupuleusement et consciencieusement, avec nos lecteurs, les principales circonstances. Et d'abord, quelle a été l'issue du traitement? Des deux malades de la première catégorie, un est encore dans un état tel qu'il est impossible de savoir si on aura à se repentir du mode du traitement; l'autre est guéri, mais au 39e jour. Le malade de la 2me série est guéri au 33e jour. Des cinq qui composent la 3me, un est mort; les quatre autres sont guéris au 26e jour, au 35e jour, au 18e jour; enfin, quant aux trois malades de la 4me série qui ont présenté des symptômes réellement très-graves, deux sont morts, l'un au 14e, l'autre au 8e jour; un seul a guéri, encore est-ce au bout de soixante-sept jours, et après avoir présenté au huitième jour du traitement une hémorrhagie intestinale assez intense pour inspirer des craintes sérieuses pendant trois jours, et faire cesser immédiatement l'usage du sulfate de quinine qui, jusque-là, avait été donné à la dose de 2 gram. 40 par vingt-quatre heures.

Ainsi voilà déjà un fait établi, c'est que les malades de l'Hôtel-Dieu n'ont guéri ni plus vite ni mieux qu'ils l'auraient été par toute autre méthode; il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à voir la mortalité qui est de 1 sur 3, 6, et à examiner le temps qu'il a fallu pour la guérison des autres.

M. Broqua aurait-il trouvé que le sulfate de quinine n'aurait pas été porté à assez hautes doses ni continué assez longtemps chez quelques malades? Voyons. Il n'y a presque pas un malade qui n'ait pris 2 gram. 40 centig. par jour de sulfate de quinine par vingt-quatre heures. Chez un grand nombre, il a été porté à 3, 4 et même 5 grammes. Ce médicament était donné sous forme de pilules, une chaque heure ou chaque deux heures; la tisane était de la limonade. Lorsque les vomissements ou la répugnance des malades s'opposaient à son administration par la bouche, on le donnait en lavements. En moins d'un mois, du 29 mai 1842 au 26 juin, Basile Mangeard, charretier, âgé de 26 ans, qui fait le sujet de l'obs. V. de M. Saint-Laurent, a pris par la bouche 72 grammes de sulfate de quinine (2 onces 3 gros), et cela, sans interruption du remède un seul jour. On a com-

mencé à 1 gramme 20, portés le cinquième jour à 2 grammes 20, puis à 3 grammes, puis à 4 grammes, où il a été maintenu pendant 8 jours, et enfin à dose décroissante jusqu'à la cessation. Chez les deux individus de la dernière série qui ont succombé, le sulfate de quinine a été administré dès l'entrée, à l'un, à deux gr. 40 pendant 4 jours, à 3 grammes 1 jour, et à 4 grammes jusqu'à la mort; à l'autre, 3 grammes le premier jour, 4 grammes pendant 3 jours, et 6 grammes ensuite jusqu'à la mort.

Ces détails étaient importants à connaître, car il faut bien que nos lecteurs puissent tirer avec nous la conséquence de tels faits.

Nous signalerons comme dignes de remarque quelques effets assez tranchés du sel de quinquina. Chez neuf de ces onze malades l'administration du sulfate de quinine a été suivie d'une rougeur très-prononcée, avec sécheresse de la langue accompagnée d'une soif vive qui a été même insatiable chez un ou deux de ces neuf sujets; chez trois il y a eu des vomissements très-abondants qui se sont accompagnés une fois d'une douleur sous-sternale et épigastrique forte, qui a obligé à cesser le remède. Chez huit malades il y a eu une diarrhée qu'on a pu attribuer au traitement; elle a été très-abondante trois fois, et modérée trois autres. En dehors des organes gastro-intestinaux, il a été noté encore une action évidente sur le cœur : trois malades surtout ont présenté un abaissement plus ou moins considérable du pouls, tantôt immédiatement après le premier jour du traitement, tantôt seulement quelques jours après. Le sulfate de quinine a occasionné chez sept malades sur onze une céphalalgie qui chez trois a été très-intense, et persistante chez les quatre autres.

Mais un phénomène remarquable dû au sulfate de quinine, sur lequel nous avons des premiers donné l'éveil en 1840 (voyez *Bull. de Thér.*, t. XIX, p. 382), ce sont les tintements d'oreilles et la surdité. On les a constatés sous l'influence de l'administration du remède chez dix des onze malades. M. Saint-Laurent ne mentionne dans son résumé ces accidents que chez huit sujets, mais la lecture des observations elles-mêmes nous montre bien réellement que dix malades ont offert la surdité et les tintements d'oreilles à un degré d'intensité très-notable. Deux ou trois fois ces accidents existaient, mais légers avant le traitement; ils ont augmenté par le sulfate de quinine, et ont persisté après sa cessation.

Il est important d'ajouter qu'il a été tenu compte, dans l'exposé qui est présenté des effets du sel de quinine, des symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde : on n'a attribué la céphalalgie, le dévoiement, etc., etc., au traitement que lorsque leur intensité ou leur apparition ont coïncidé avec l'administration du remède.

Si l'on avait toujours cédé aux désirs de M. Broqua, dit en terminant M. Saint-Laurent, on aurait eu à citer à l'Hôtel-Dieu un bien plus grand nombre de guérisons, car ce médecin est disposé à donner le sulfate de quinine aux malades qui présentent les plus légers symptômes ayant quelque analogie avec les symptômes d'invasion de la fièvre typhoïde; mais comme il était arrivé souvent que de simples boissons acidulées avaient mis le malade, au bout de 4 ou 5 jours, en état de sortir de l'hôpital, il est certain que, si le sulfate de quinine eût été administré, on lui aurait tout aussi bien attribué la guérison. Ce n'est donc que dans les cas d'une certaine gravité que l'on pouvait juger la méthode. Dans ces cas même, il ne faut pas se laisser abuser par la tolérance apparente de certains malades; il suffit qu'on lui ait vu provoquer des accidents du côté de l'estomac et de l'intestin, ou du côté du cerveau chez quelques sujets, pour qu'on doive, selon M. Saint-Laurent, s'abstenir d'employer le sulfate de quinine dans les cas où d'autres moyens sont pour le moins aussi bons que lui. Quant à son administration dans les cas réellement graves, sa supériorité est-elle si grande qu'on doive le préférer à toute autre médication? Les observations de M. Saint-Laurent (deux morts sur trois malades) ne le portent pas, on le conçoit bien, à se prononcer pour l'affirmative. (*Archives de Médecine*, septembre 1842.)

FIÈVRE TYPHOÏDE *chez une femme de cinquante-six ans.* M. Chomel déclarait en 1834, dans son ouvrage sur la fièvre typhoïde, qu'il ne connaissait pas un seul exemple authentique de cette maladie chez un sujet ayant dépassé l'âge de cinquante-cinq ans. Cependant, en 1837, M. Prus a présenté à la Société de médecine l'observation d'une femme morte de la fièvre typhoïde à l'âge de soixante-

quatorze ans. Aujourd'hui, M. Rayer vient de mettre sous les yeux de l'Académie les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une autre femme qui a succombé le second jour de son entrée dans ses salles, à la Charité, à la fièvre typhoïde la mieux caractérisée. Une quinzaine de plaques de Péyer, de diverses dimensions, faisaient une saillie considérable à la surface de la membrane muqueuse; les plus étendues étaient situées à la fin de l'iléon; aucune ne paraissait ulcérée. (*Séance de l'Acad. de Méd.*, septembre, 1842.)

HÉMOPTYSIE *intermittente*. M. Fantonetti a ainsi dénommé l'affection qu'il a eu à traiter chez deux malades. Cette dénomination est vicieuse, comme nous l'avons déjà dit; car le médecin n'a point à traiter ici le symptôme qui est l'hémorrhagie; c'est à l'état général, à la fièvre, qu'il faut qu'il adresse les moyens de curation s'il veut triompher de la maladie. Le résultat l'a, du reste, prouvé à notre confrère. En effet, que voyons-nous? un homme de 30 ans qui, le soir, est pris d'une hémoptysie qui dure une heure, et disparaît. L'hémorrhagie se reproduit le lendemain à la même heure. — Saignée copieuse, glace à l'intérieur, digitale : intermission complète jusqu'au soir du 3me jour, où elle revient; seconde saignée. Les deux jours suivants, à la même heure, même phénomène; saignée, chaque fois. C'est alors que M. Fantonetti administre 1 gram. 20 centigram. de sulfate de quinine, en huit prises, dans l'intervalle; l'hémoptysie ne se reproduit pas. Le médicament est continué encore deux jours; les accidents ont cessé. Comme on le voit, la puissance du quinquina a été ici aussi souveraine que l'inefficacité du traitement antiphlogistique le plus actif a été démontrée. La seconde observation a pour objet une jeune femme de 26 ans, nouvellement accouchée. Cette malade, en outre de l'hémorrhagie intermittente, offrait quelques symptômes thoraciques d'apparence inflammatoire; mais, évidemment, ces symptômes étaient trompeurs, car cinq saignées coup sur coup n'ont pu les enrayer, tandis que quelques grains de sel de quinquina les ont fait disparaître avec les accès hémorrhagiques. On voit encore, chez cette dame, le crachement de sang, arrêté par le quinquina, reparaître dès qu'on suspend le médicament, pour cesser de nouveau dès qu'on recommence à l'administrer. Mais l'histoire des derniers jours de la maladie est bien autrement décisive pour éclairer la nature de l'affection. Après une ingestion prolongée du quinquina, l'économie tout entière ressent l'influence tonique de cet agent, et le système circulatoire manifeste, par les signes les moins douteux, une excitation générale; et néanmoins, quelque influence qu'ait un pareil état pour établir une fluxion sanguine, à plus forte raison pour faire reparaître celle qui venait à peine de s'éteindre, la convalescence suit paisiblement son cours, et une guérison rapide vient nous montrer que le principe du mal ne procédait pas d'une surexcitation de l'organisme, mais, au contraire, d'une disposition spécifique que le quinquina a neutralisée, bien que son action elle-même ait produit, dans ce cas, une surexcitation véritable. (*Gazette médic.*, septembre 1842.)

HERNIE ÉTRANGLÉE *réduite par l'arrosion d'éther*. L'un des moyens rationnels employés pour la réduction des hernies étranglées, c'est le froid. La glace, la neige en applications locales ont, dans plus d'une occasion, amené la rentrée de l'intestin. N'est-ce pas à l'action réfrigérante de l'éther que M. le docteur Vigier d'Amfreville (Calvados) a dû la disparition de la hernie étranglée dont il va être question? Nous le croyons. Voici le cas : le 28 février dernier, au matin, notre confrère est appelé auprès d'un homme de 56 ans, chez lequel une hernie inguinale droite, qu'il portait depuis douze ans, s'était étranglée depuis la veille, à onze heures du soir. Ce malade avait des vomissements abondants, et la tumeur était considérable. Il tenta de réduire la hernie, mais il ne put y parvenir. Avant de proposer l'opération, il songea à pratiquer sur toute la tumeur des irrigations continues d'éther. En même temps que le liquide tombait, il frictionnait légèrement la partie. 20 grammes d'éther furent employés de cette manière : le malade s'endormit; à son réveil, au bout de deux heures, il trouva la hernie moins tendue; à six heures du soir, 20 autres grammes d'éther furent dépensés de la même façon; le sommeil suivit comme le matin, et quand le sujet s'éveilla, la hernie

était complétement réduite. C'est aux seules irrigations d'éther que M. Vigier fait honneur de cette guérison. Nous avons dit comment nous comprenions les effets de ce moyen. (*Jour. de Méd. et Chir. prat.*, septembre 1842.)

HYDARTHROSE *volumineuse du genou* (De *l'incision sous-cutanée appliquée au traitement d'une*). Plusieurs chirurgiens ont bien déjà appliqué avec succès la méthode des incisions sous-cutanées à des collections séreuses peu étendues, telles qu'on les observe dans les bourses muqueuses par exemple; mais aucun, que nous sachions, n'avait osé, avant M. Goyrand d'Aix, s'en servir contre les vastes épanchements intra-articulaires; aussi lira-t-on avec intérêt l'observation qui suit.

Augier, âgé de cinquante et un ans, lit, au mois de septembre 1841, une chute sur le genou droit, à la suite de laquelle l'articulation resta douloureuse pendant quelques jours, et quand la douleur se dissipa, il resta du gonflement et de la gêne dans le mouvement. Cependant cet homme reprit ses travaux. Le 27 décembre suivant, le genou ayant continué à se tuméfier de plus en plus chaque jour, Augier entra à l'hôpital d'Aix. A cette époque, l'articulation a un volume considérable, il y existe un épanchement synovial qui soulève la rotule et les expansions aponévrotiques qui s'insèrent à cet os, ainsi que la partie inférieure du triceps crural : il ne pouvait exister aucun doute sur la nature de l'affection. — Nous avions affaire, dit M. Goyrand, à un épanchement articulaire non susceptible de résorption, comme les épanchements synovio-sanguinolents, qui se forment immédiatement après qu'un article a subi une contusion. Dans le cas présent, la contusion avait déterminé une véritable hydarthrose. Connaissant par expérience l'inefficacité du traitement médical et le danger de la ponction directe, je résolus de vider l'article par une incision sous-cutanée, et de tâcher ensuite de prévenir la reproduction de l'épanchement par une compression convenable. »

En conséquence de cette manière de voir, M. Goyraud pratiqua l'opération ainsi qu'il suit. — Le 27 décembre il souleva la peau de la cuisse au-dessus de la partie supérieure externe de la tumeur en un large pli transversal qu'il confia à un aide, ensuite il refoula le liquide en haut en pressant de la main gauche sur la rotule et sur la partie inférieure de la tumeur, dont la partie supérieure se trouva ainsi fort distendue. Un bistouri à lame étroite, tranchant dans une longueur de trois centimètres seulement, fut plongé à travers le feuillet supérieur du pli cutané jusqu'au talon; le bistouri était émoussé par la lime dans le reste de sa longueur. Glissant ainsi sous la peau l'instrument, l'opérateur incisa à plein tranchant l'aponévrose, les portions externe et moyenne du triceps et le cul-de-sac supérieur externe de la synoviale.

L'articulation étant ouverte, il fit exécuter à son bistouri un mouvement de demi-rotation qui dirigea le tranchant en avant, puis il débrida de la cavité articulaire vers la peau toutes les parties profondes, de manière à donner à l'incision une étendue de 15 à 18 millimètres. Le bistouri fut alors retiré, et le pli de la peau fut lâché : le retrait de celle-ci fit remonter la plaie cutanée à 4 centimètres au-dessus de l'incision profonde, cette plaie n'a guère que 2 millimètres d'étendue. — Une légère pression exercée sur la tumeur fit sortir un peu de synovie qui entraîna quelques bulles d'air qui avaient pénétré sous la peau et se trouvaient entre la piqûre de celle-ci et l'incision profonde. M. Goyrand ne chercha pas à évacuer la synoviale qui, une fois infiltrée dans le tissu cellulaire de la cuisse, devait être bientôt résorbée.

Ce chirurgien nous apprend que le surlendemain de l'opération, la rotule put être appliquée contre la trochlée fémorale, qu'il n'y avait plus de liquide dans l'article, et qu'une tumeur non fluctuante, résultat de l'infiltration de la synovie, existait dans le tissu cellulo-adipeux interposé entre le fémur, la synoviale et l'extrémité inférieure du triceps crural. La compression fut établie sur le genou au moyen de bandelettes imbriquées: un bandage roulé fut placé sur toute la longueur du membre au-dessous du genou. La compression fut continuée jusqu'au 15 janvier, et le 8, le malade marchait sans gêne et sans douleur. Le 15 il quitta l'hôpital. (*Annal. de la Chir.*, septembre 1842.)

— Tout en applaudissant à l'heureuse tentative de M. Goyrand, et en le félicitant de la voie nouvelle qu'il

semble ouvrir à la méthode des incisions sous-cutanées, nous ne pouvons, dans l'espèce, partager entièrement ses idées de thérapeutique médicale. Sa manière de raisonner sur la nature de l'épanchement et sur son incurabilité, quoi qu'on fasse, ne nous a nullement convaincus. Son expérience lui a démontré, dit-il, l'impuissance du traitement médical contre l'affection dont il s'agit; mais nous lui demanderons d'abord de quel traitement il veut parler, puis, ce point éclairci, nous insisterons pour connaître l'esprit dans lequel le traitement aura été dirigé; car ne sait-on pas que l'insuccès en thérapeutique dépend souvent bien moins de l'inefficacité des moyens que de leur mode d'administration? Pour nous, peu d'accord en cela avec M. Goyrand, nous pensons qu'avant de recourir à une opération qui, en définitive, ne laisse pas que d'offrir quelque danger, le chirurgien devra préalablement mettre en œuvre toutes les ressources médicales, convaincus que nous sommes que l'expérience nous donnera le plus souvent raison contre l'assertion tant soit peu hasardée du chirurgien d'Aix, surtout s'il s'agit, comme chez son malade, d'un épanchement synovial simple, n'existant pas depuis longtemps, et qu'aucune lésion anatomique appréciable ne venait compliquer. Nous profiterons de cette occasion pour signaler, en les condamnant, les efforts d'envahissement de la chirurgie militante dans le domaine de la médecine: sans doute, les innovations par le fer ont un grand retentissement; mais lorsqu'elles sont tentées sans discernement et uniquement en vue des suffrages de la publicité, nous rappellerons à nos confrères que ces démangeaisons opératoires entraînent trop loin; que la chirurgie est avant tout conservatrice, et que les succès obtenus par les voies médicales sont plus profitables à l'humanité et plus satisfaisants pour la conscience du médecin qui a quelque souci de la dignité de l'art qu'il professe.

KYSTES *des os maxillaires*. Entrevue par Hunter et Bordenave, l'existence des kystes des os maxillaires a été surtout bien constatée par Dupuytren, dont les travaux ont jeté de vives lumières sur le diagnostic et le traitement de ces produits morbides, confondus avant lui avec des maladies essentiellement différentes, et surtout avec l'ostéo-sarcôme. Le travail le plus récent sur ce même sujet est de l'un de nos collaborateurs, M. le docteur A. Forget; il résume très-judicieusement les faits nombreux épars dans la science, les corrobore par des observations originales, et de ces éléments divers qu'il soumet préalablement au contrôle d'une sévère analyse, il déduit pour les kystes osseux des lois générales de pathogénie qu'il fait servir de base à leur classification anatomique, fait capital de leur histoire, puisqu'il est lui-même une source féconde d'indications pour la thérapeutique qui devra se modifier suivant la nature du produit morbide auquel elle s'adresse. Ainsi M. Forget distingue parmi les kystes à produits liquides, des kystes séreux, séro-sanguins, muqueux et purulents; et parmi ceux à produits solides, des kystes fibreux, fongueux, sanguins, et fibro-cartilagineux. Or, cette division, loin d'être théorique, repose sur l'observation directe des faits eux-mêmes. C'est encore l'observation qui démontre à l'intérieur des kystes osseux l'existence d'une membrane dont les caractères varient comme ceux des liquides qu'elle renferme. Lisse, polie, analogue aux séreuses quand de la sérosité baigne sa surface, elle est épaisse et tomenteuse quand la sérosité est mêlée à du sang; enfin elle est rouge et d'apparence muqueuse lorsqu'elle sécrète du pus. Cette disposition anatomique est très-intéressante à connaître en pratique, puisque c'est de la destruction complète de cette membrane accidentelle que dépend l'entière guérison du kyste osseux, et qu'en laissant subsister quelque partie on s'expose à voir s'établir des fistules qui la retardent indéfiniment.

C'est à ce genre de kystes osseux à produits liquides qu'appartient celui dont nous trouvons l'histoire relatée par M. Mirault dans le Bulletin de la Société de médecine d'Angers :

M. A. porte une tumeur derrière la lèvre supérieure; son origine remonte à douze ans environ : située derrière la base du nez et le bord adhérent de la lèvre supérieure qu'elle soulève fortement, elle a pour ainsi dire changé en museau cette partie du visage. Arrondie, égale, *non crépitante*, élastique, dépressible, elle est évidemment formée par une lame osseuse recouverte de la membrane muqueuse; elle s'avance à deux centimètres de chaque côté de la ligne médiane dans le sillon alvéolo-labial.

Les deux grandes incisives sont vacillantes. En arrière, la voûte du palais, saillante et convexe, a subi une sorte d'affaissement, sa consistance est normale; près de l'orifice antérieur des fosses nasales, le plancher de ces fosses est soulevé et forme une voussure. Le diagnostic s'étant arrêté sur la présence d'un kyste osseux, M. Mirault plongea dans la tumeur un bistouri droit : cette ponction fut suivie de l'écoulement d'un liquide trouble, épais, inodore et tachant le linge en jaune. L'exploration du kyste à l'aide d'un stylet constata qu'il ne communiquait avec aucune des cavités naturelles, et qu'il pouvait loger aisément une amande. Le chirurgien pratiqua une contre-ouverture à l'extrémité opposée de la tumeur et y passa un séton, dans le but de procurer une issue permanente au fluide, et d'amener consécutivement l'oblitération du kyste. Il aida l'action du séton par une compression faite sur la lèvre antérieure avec des compresses graduées, en même temps qu'il recommanda au malade de presser souvent avec son pouce sur la portion palatine de la tumeur.

Sous l'influence de ces moyens, M. Mirault nous apprend que trois mois s'écoulèrent sans résultats importants; le pus séjournait dans le kyste qui s'affaissa fort peu et ne montrait aucune tendance à s'oblitérer. — C'est alors que le chirurgien ouvrit largement sa cavité avec un fort bistouri, et qu'y ayant constaté l'existence d'une membrane rouge, lisse et mince, il y introduisit des bourdonnets de charpie pour déterminer l'inflammation exfoliatrice de celle-ci. — Plus tard il eut recours à des topiques excitants, à l'emploi du nitrate acide de mercure. — La diminution de la tumeur se fit progressivement, et au bout de deux mois elle était du tiers de son volume primitif. Le soulèvement du plancher des fosses nasales, la saillie de la voûte palatine, et l'espèce de tendance résultant de la proéminence du nez s'étaient pour ainsi dire dissipés. Le bord alvéolaire raffermi avait consolidé les incisives dont le malade pouvait alors se servir pour diviser ses aliments. La suppuration diminua beaucoup, elle devint muqueuse.

L'ouverture du kyste réduite de moitié était recouverte et fermée par la lèvre supérieure qui s'opposait ainsi à l'introduction des aliments dans sa cavité; disons toutefois qu'un an après la seconde opération, cette cavité offrait encore la moitié des dimensions qu'elle présentait lors de cette opération, sans qu'il résultât d'ailleurs pour le malade aucune incommodité de la présence de cette espèce de sinus accidentel.

Cette observation nous conduit à remarquer, dans l'intérêt du diagnostic des kystes osseux, que la crépitation de leurs parois, donnée par Dupuytren comme signe pathognomonique, n'existait pas chez le malade de M. Mirault. Déjà M. Forget avait signalé son absence dans trois cas qu'il a rapportés, et l'explication qu'il donne de la contradiction qui règne à cet égard entre les observateurs repose sur les différences offertes par les parois osseuses de ces tumeurs aux différentes phases de leur évolution. C'est qu'en effet au début l'os faiblement dilaté conserve son épaisseur et son inflexibilité, et ce n'est qu'après que le kyste a pris un accroissement considérable que ses parois se parcheminent et qu'elles deviennent crépitantes. — Aussi s'exposerait-on à une grave erreur, si de l'absence de ce signe on concluait à la non-existence d'un kyste osseux.

L'impuissance de la première opération pratiquée par M. Mirault chez son malade démontre on ne peut plus clairement la nécessité de détruire par suppuration la membrane interne de ces kystes, et de préparer aux liquides qu'elle sécrète une voie d'écoulement large et facile. C'est pour cela qu'en thèse générale il est indiqué d'enlever une portion de leurs parois, celle où l'amincissement et par conséquent l'altération de l'os paraît le plus avancée, et en ayant soin autant qu'il est possible d'agir sur le point le plus declive de la tumeur. Enfin, lorsque l'affaissement du kyste ne s'effectue pas, et que ses parois restent épaisses et saillantes longtemps après l'opération, comme cela a eu lieu chez le sujet de l'observation qui précède, il y a de l'avantage alors à faire subir à l'os maxillaire une résection suivant son épaisseur, à l'*équarrir* en un mot par le retranchement des parois du kyste qui restent ainsi en saillie à la surface; le tissu osseux devient ensuite la base d'une cicatrisation plus prompte et plus certaine. (*Thèse par le docteur A. Forget*, juin 1840, et *Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, 1841-42.)

LUXATION *de l'extrémité externe de la clavicule au-dessous de l'apophyse coracoïde.* Bien que le fait suivant soit en opposition formelle avec l'opinion généralement admise au sujet des luxations de l'extrémité scapulaire de la clavicule, le cachet de véracité qui le distingue et la sanction que lui a donnée la Société de médecine de Lyon en l'inscrivant dans son Bulletin, nous engage à le soumettre à l'appréciation de nos lecteurs.

Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans qui, à la suite d'une chute, dans laquelle l'épaule gauche porta sur l'angle d'un coffre, offrit les symptômes suivants :

Affaissement de l'épaule gauche, inclinée un peu en avant et en bas; le membre pendant contre le tronc se porte facilement dans tous les sens, excepté en haut et en dedans. Mesuré de la saillie acromiale à l'épicondyle, le bras a la même longueur que celui du côté opposé. Relief très-marqué de l'acromion et de l'apophyse coracoïde que l'on sent libre sous les téguments. Au lieu d'une saillie, comme elle existe du côté droit, à gauche on constate une dépression sur le trajet de la clavicule; le doigt, promené dans la direction de cet os, constate la présence de son extrémité acromiale dans l'aisselle. Ecchymose et douleur dans la région coraco-acromiale. En arrière, saillie formée par l'angle inférieur et le bord interne de l'omoplate; cette saillie disparait facilement quand on relève l'épaule en la portant en arrière. Cette manœuvre permet aussi de reconnaître la présence de l'extrémité de la clavicule en dedans du col de la cavité glénoïde. A ce signe, le docteur Pinjon, médecin à Chamelet, et auteur de l'observation, n'hésita pas à reconnaître une luxation de l'extrémité scapulaire de la clavicule au-dessous de l'apophyse coracoïde. Par quel mécanisme cet os, si invariablement fixé, au moins en apparence, par les ligaments coraco-claviculaires et ceux qui l'unissent à l'acromion, a-t-il pu perdre si complétement et dans une direction que les auteurs n'ont pas même prévue, ses rapports de contiguité? Voici l'explication qu'en donne M. Pinjon. La douleur et l'ecchymose de la région acromio-claviculaire établissent que dans la chute l'épaule a été renversée en arrière par un choc violemment imprimé à l'omoplate en avant. La clavicule, entraînée dans le même mouvement, aurait été retenue par les premières côtes, et les ligaments qui l'unissent à l'omoplate auraient été brisés d'autant plus aisément, que chez notre blessé, ainsi que chez tous les vieillards, le tissu fibreux avait dû perdre cette élasticité qui seule en rend la rupture si difficile. Ce premier temps de la luxation une fois opéré, on comprend comment l'effort vulnérant, continuant son effet et poussant l'épaule en dehors, la clavicule libre alors a pu passer au-devant de l'apophyse coracoïde et se placer devant les tendons qui s'y insèrent en les refoulant en arrière. — En présence de ce fait pathologique et du mécanisme de son développement, fort bien déduit des circonstances concomitantes des signes actuels, que devait faire le chirurgien? Dégager l'extrémité scapulaire de la clavicule, et ramener cet os dans sa ligne de direction normale. C'est ce que tenta de faire à plusieurs reprises M. Pinjon en portant fortement l'épaule en arrière et en dehors, en même temps qu'il soulevait la clavicule pour lui faire franchir l'apophyse coracoïde.

Après plusieurs essais infructueux, l'opération fut remise au lendemain; mais le blessé, fort impatient, se rendit auprès d'un rhabilleur en grand renom dans le pays, et ne permit pas à M. Pinjon de compléter son œuvre. Seulement, il a su plus tard que la réduction était complète. — Nous regrettons que notre confrère n'ait pas pu constater lui-même la suite de cette réduction, si toutefois elle a eu lieu, fort satisfaisante au point de vue étiologique et séméiologique.

Son observation laisse beaucoup à désirer sous le rapport du traitement; aussi est-il à souhaiter que de nouveaux faits viennent compléter l'histoire de cette luxation, dont l'impossibilité avait été jusqu'à ce jour acceptée sans réplique *ex verbo magistri.* (*Journ. de méd. de Lyon*, septembre 1842.)

MOXA *fait avec la chaux vive.* Voici un nouveau procédé, dirons-nous, d'ustion ou de cautérisation, imaginé par un médecin anglais, M. Osbone, et qu'il propose dans le *Dublin Journal* pour remplacer le moxa ordinaire. Ce moyen consiste dans l'emploi de la chaux vive. Un fragment de cette substance d'un 1/2 pouce d'épaisseur à peu près, mais

aussi fraîche que possible (cette condition est essentielle au succès de l'opération), est placé daos un porte-moxa, ou sur une carte percée d'une ouverture circulaire. On applique l'instrument sur la peau. Au moyen de quelques gouttes d'eau, la chaux se gonfle immédiatement, et il se dégage une chaleur dont l'intensité est évaluée à 500° Fahrenheit. Il faut avoir soin de retirer la substance alcaline avant que tout le calorique qu'elle peut donner se soit développé, car la totalité du derme pourrait assurément être détruite. Suivant le temps qu'on la laisse, on obtient une escharre plus ou moins épaisse. Ce genre de moxa est, dans plusieurs cas, préférable, suivant M. Osboue. Il produit instantanément une chaleur intense, et l'on a l'avantage d'une action rapide et profonde, en même temps que le malade n'est pas effrayé par l'aspect du fer et des étincelles inséparables des corps en ignition. — Tout cela est très-bien, ajouterons-nous; mais le plus souvent, quand il a recours au moxa, le praticien veut, au contraire, une actioo lente et progressive; car s'il oes'agissait que de produire une escharre, il aurait le cautèr cactuel, le marteau à l'eau bouillante, etc.

PHIMOSIS (*Efficacité de la belladone dans le*). Il y a déjà plusieurs années qu'on a utilisé la propriété sédative que possède la belladone sur la contractilité des tissus. On a employé avec avantage ce médicament pour faciliter la réduction des hernies étranglées; on y a eu recours dans les contractures douloureuses du sphincter du rectum, etc. On n'a qu'à eonsulter nos tables, et l'on y trouvera de nombreuses et intéressantes observations. En 1834, M. Mazade, à Anduze (Gard), signala les services que la belladone lui avait rendus dans le paraphimosis. (*Bull. de Thér.*, t. VII, p. 67). Aujourd'hui, M. Chabrely a appliqué la même médication au phimosis. A la suite d'une bleuoorrhagie avec balanite, un ouvrier, âgé de 25 ans, avait vu soo prépuce se tuméfier outre mesure, et l'orifice était à peine assez grand pour permettre à l'urine de couler goutte à goutte. On avait proposé la circoncision. Cet homme fit des onctions réitérées sur la partie engorgée avec de la pommade mercurielle belladonée; le lendemain, il y avait un mieux notable, et au bout de huit jours le dégonflement était complet; le gland put être découvert. Le fait suivant doit encore être enregistré. Un ouvrier, âgé de 22 ans, avait un phimosis intense, et de plus des chancres nombreux à la racine du gland. M. Chabrely fit pratiquer des onctions réitérées sur la vergo et le prépuce avec de l'onguent napolitain belladoné. En même temps, il employa des injections interprépuciales avec uno solution de sublimé à la dose do 10 centigr. par 30 grammes d'eau, donna la tisane de salsepareille et le sirop de Larrey à l'intérieur. Au bout de quatre jours, les douleurs avaient dimioué; l'écoulement purulent était moindre; mais il fallut un mois pour que le gland fût découvert. Les chancrès étaient cicatrisés, et l'affection syphilitique qui, il faut l'ajouter, avait déterminé deux bubons qu'on avait fait avorter par cautérisation avec la potasse caustique, était complétement guérie. (*Bull. méd. de Bordeaux*, septembre 1842).

RATANHIA (*Sur l'emploi d'une nouvelle préparation de*). M. le docteur Levrat aîné, de Lyon, préconise comme possédant à un degré très-élevé la propriété astringente une préparation de ratanhia qu'il appelle *extrait de ratanhia sulfatisé*. Cette préparation consiste tout simplement à traiter le ratanhia par l'alcool sulfurique. On obtient un extrait brun, se dissolvant très-bien dans l'eau distillée qui, mise sur la langue, donne le sentiment d'une attrition prompte, suivie de chaleur et de sécheresse. M. Levrat emploie depuis longtemps ce médicament dans les hémorrhagies passives de toutes espèces, et particulièrement daos celles de l'utérus, qui reconnaissent pour cause l'inertie à la suite de quelques accouchements laborieux et des avortements. Il l'a fait prendre avec succès, à l'Hôtel-Dieu, à plusieurs femmes qui se plaignaient de pertes rouillées et continuelles. Lorsque la leucorrhée et la blennorrhée ne sont autre chose qu'un catarrhe chronique de la membrane muqueuse génito-urinaire, l'extrait de ratanhia sulfatisé a toujours produit le meilleur effet. La dose à laquelle il le prescrit est de 30 à 60 centigr. par jour, étendus dans 180 grammes de véhicule, à prendre par cuillerées à bouche à des intervalles plus on moins rapprochés, selon la gravité des cas

et l'état de calme ou d'irritation de l'appareil gastrique. Rarement il a vu les pertes utérines tenant à l'inertie de l'organe résister à l'emploi de 90 centigrammes de cet extrait, pris en différentes doses et continué quelques jours. Chez la plupart des malades, l'ingestion de l'extrait de ratanhia sulfatisé est suivie d'une sensation particulière de chaleur au creux de l'estomac, sensation qui n'arrive jamais jusqu'à la douleur. La soif devient pressante, le malade désire des boissons fraîches; le pouls, ordinairement si faible dans les hémorrhagies passives, se relève et prend bientôt le caractère gastrique. Cet état morbide n'a qu'une durée éphémère; quelques verres d'orangeade de décoction de guimauve le font cesser en peu de jours. Dans les pertes effrayantes qui ont lieu immédiatement après la délivrance, cette préparation a donné à M. Levrat des succès qui semblaient tenir du prodige. Dans la blennorrhée chronique, qui est si souvent rebelle, il a eu de bons résultats au moyen des injections à la dose de 15 à 30 centigrammes d'extrait de ratanhia sulfatisé par demi-litre d'eau d'orge miellée. Ces injections déterminent d'abord de l'irritation dans le canal de l'urètre; quand elle est arrivée à un certain degré, il faut cesser les injections et les remplacer par des bains locaux et généraux. Au bout de quelques jours, la malade est guérie. (*Journ. de médecine de Lyon*, septembre 1842).

VARIÉTÉS.

— Tous nos confrères civils et militaires apprendront avec une vive satisfaction que les noms de Percy, de Desgenettes et de Larrey ont été inscrits sous les voûtes de l'Arc-de-Triomphe de la barrière de l'Étoile parmi ceux des hommes dont la France consacre le souvenir à l'immortalité pour la part qu'ils ont prise, dans nos grandes luttes, à sa gloire et à ses succès.

— La mort de Larrey avait laissé une place vacante au conseil supérieur de santé : M. Bégin, premier professeur et chirurgien en chef du Val-de-Grâce, a été nommé pour l'occuper. Tous les médecins applaudiront à un si excellent choix. MM. Pasquier fils et le baron Michel ont été nommés membres adjoints de ce conseil. M. Baudens remplace M. Bégin au Val-de-Grâce.

— M. Moulinié, l'un des chirurgiens de province le plus justement en réputation, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, est mort subitement, le 4 septembre dernier, à l'âge de cinquante-cinq ans.

— Les dernières nouvelles de la Havane apprennent que la fièvre jaune y fait des ravages.

— Un journal de Cadix annonce que la peste, ou plutôt la maladie appelée ***bubon***, vient d'apparaître en Portugal.

Erbata. — Il s'est glissé une petite erreur typographique dans le dernier article de M. Ricord sur l'iodure de potassium. Page 169, ligne 2e, on lit : « La médication doit être ***surtout*** changée »; c'est « ***souvent*** changée » qu'il faut lire.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES MÉDICATIONS SECONDAIRES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES.

Quand la science de Bonnet, de Morgagni, poursuivant ses découvertes, eut déroulé le tableau à peu près complet des lésions diverses que laissent dans les tissus les nombreuses maladies qui frappent l'organisme vivant, on put croire qu'une thérapeutique nouvelle allait sortir de ce foyer de lumières jusque-là inexploré. L'incertitude des résultats des médications les plus habilement dirigées, la mobilité des théories, dont les plus complètes laissent à tous les faits qu'elles aspirent à expliquer un côté profondément obscur, sont les deux causes principales qui, dans notre science, disposent les esprits à accepter facilement d'abord toute conception nouvelle. L'anatomie pathologique, en faisant toucher du doigt les lésions subies par les organes dans les maladies, en rattachant les phénomènes, par lesquels celles-ci se traduisent à l'observation, aux lésions que le scalpel constate après la mort, devait facilement faire illusion à des esprits fatigués de marcher au but de la science à travers les théories les plus contradictoires. Jamais, dans le cours des siècles, aucune doctrine ne s'était produite appuyée sur un principe aussi simple et sur un ensemble de faits aussi positifs : la médecine, à ce point de vue, n'est rien de plus, en effet, que la science du traumatisme interne, c'est purement une autre face de la chirurgie.

Quand les observateurs eurent colligé tous les faits dont se compose l'anatomie morbide, il est simple qu'on ait cherché à édifier toute la doctrine de la science sur cette base; on conçoit dès lors que la thérapeutique dut tendre incessamment à se transformer en l'art de combattre le traumatisme interne, qui constitue toute la maladie. Cette conséquence extrême de l'école anatomique ne se trouve point sans doute dans l'esprit de ses premiers fondateurs, mais elle y était en germe, et elle devait tôt ou tard se produire au grand jour : tout le monde sait qu'on veut que ce soit là une de nos gloires contemporaines. Cependant, hâtons-nous de le dire, le nombre des hommes qui voient ainsi toute la science dans l'anatomie pathologique diminue chaque jour, et la thérapeutique, entre les mains de ceux-là même qui s'affranchissent le plus difficilement de cette idée, ne se subordonne plus aussi rigoureusement, ni aussi exclusivement aux altérations organiques. Quand, par exemple, dans le cours d'une fièvre typhoïde, on voit surgir l'indication d'un purgatif ou

d'un émétique, on ne craint plus, en général, d'obéir à cette indication; quand, dans une pneumonie, on voit un peu de râle crépitant survivre aux symptômes généraux, on ne s'abstient plus de donner quelques aliments aux malades, sous prétexte de voir se rallumer une inflammation mal éteinte, etc. Pour marcher dans le sens de cette bonne tendance, à laquelle inclinent chaque jour davantage quelques esprits éminents qui s'étaient laissé entraîner dans une direction mauvaise, nous nous proposons aujourd'hui de traiter sommairement, et dans un sens exclusivement pratique, de quelques indications secondaires qui surgissent dans le cours des maladies.

Dans toute maladie, la première et fondamentale indication, c'est évidemment de supprimer, quand cela est possible, la cause qui la détermine. Ainsi, ce serait vainement, sans doute, qu'on opposerait de la manière la plus méthodique le sulfate de quinine à la fièvre intermittente, si l'organisme qui en est atteint demeurait placé sous l'influence de l'effluve paludéenne qui la provoque : la soustraction de l'économie à l'action de cette cause morbifique est aussi nécessaire, dans ce cas, que celle d'un organe irrité au contact d'un corps étranger qui s'est accidentellement logé dans son tissu. Quand cette première indication est remplie, il en est une autre, mais celle-ci résume en elle seule toutes les difficultés dont se trouve hérissée notre science : c'est d'attaquer le mal dans sa source, dans le foyer même d'où il irradie dans tous les joints de l'organisme. Le problème, ici, se complique de toutes les questions doctrinales qui sont au fond de la médecine, et dont la solution préalable serait rigoureusement nécessaire pour guider la thérapeutique dans le dédale obscur qu'ouvre devant elle ce but à poursuivre. Nous ne toucherons point à ce problème, car il nous faudrait soulever à la fois les questions les plus épineuses de la science du traitement des maladies; nous supposons cette indication méthodiquement remplie, et allons uniquement nous occuper des indications secondaires, qui se placent souvent à côté de celle-ci, et appellent, dans quelques cas, une médication directe.

Il n'est point de maladie dans laquelle on ne puisse distinguer les trois ordres de phénomènes suivants : les phénomènes directs, ou ceux qui manifestent immédiatement la maladie; les phénomènes sympathiques, qui sont l'expression morbide de la vie consensuelle de l'organisme; enfin les simples phénomènes de coïncidence, qui n'ont aucun rapport nécessaire avec l'affection existante. A ces trois ordres de phénomènes correspondent trois sortes d'indications qui sont loin, sans doute, d'avoir la même importance en thérapeutique, et dont aucune, cependant, ne doit être négligée : c'est des deux dernières catégories de phénomènes

que naissent ce que nous entendons ici par indications secondaires dans le traitement des affections morbides.

Le plus ordinairement, lorsque, par un diagnostic rigoureux, on a déterminé et la nature et le siége d'une maladie, le traitement institué pour combattre directement celle-ci atteint en même temps les phénomènes sympathiques, et ces phénomènes cessent avec la cause organique qui les provoque et les entretient. Cette loi pathologique, incontestable dans un grand nombre de cas, subit cependant d'assez nombreuses exceptions. Le principe de localisation, introduit dans la science par l'école anatomique et l'école physiologique tout à la fois, en exagérant la portée de cette loi, a fait perdre de vue les cas exceptionnels qui échappent à son explication. Que si, dans la pratique, ceux-là même qui acceptent dans toute sa rigueur le principe fondamental de ces deux écoles, fléchissent parfois à l'endroit des conséquences forcées qui en découlent, il est facile de s'apercevoir que leur pratique ne concorde point avec leur théorie; ils tâtonnent, ils louvoient, ils n'agissent pas. Le système nerveux, qui enlace dans son vaste ensemble l'organisme tout entier, est, des divers systèmes de l'économie, celui qui s'associe le plus énergiquement aux lésions isolées des divers organes dans les maladies primitivement locales. Dans ces cas, on voit fréquemment, sans doute, la loi que nous avons précédemment indiquée recevoir d'heureuses applications; mais il en est d'autres, non moins réels, dans lesquels les désordres sympathiques de ce système sont heureusement combattus par une médication expressément dirigée contre eux. Sans parler des maladies aiguës, dans lesquelles on voit si souvent surgir, du côté du système nerveux, les désordres les plus graves, et dans lesquelles les plus opiniâtres localisateurs sont forcés de combattre directement les lésions secondaires, combien n'est-il pas important de suivre la même pratique lorsqu'il s'agit de ces maladies chroniques qui minent lentement l'organisme, et l'usent pour ainsi dire par tous les bouts, en éveillant de tous côtés, mais surtout du côté du système nerveux, des sympathies morbides? Ici, ce système témoigne la souffrance par une lésion de sensibilité; là, par un affaissement du système musculaire, qui semble avoir perdu toute force de contraction. Dans un autre cas, les malades sont tourmentés par une impressionnabilité qui rend insupportable l'influence de tout stimulant normal; ailleurs, le trouble survenu dans l'intimité du tissu ou dans l'ensemble des diverses forces spéciales dont est doué cet appareil se traduit par une insomnie opiniâtre, qui laisse sans répit l'organisme souffrant. Dans ces divers cas, où les différents phénomènes purement sympathiques se croisent, se combinent, se succèdent de tant de manières différentes, la thérapeutique doit-elle se borner à diriger ses mé-

dications contre la lésion locale, dans l'attente de voir l'amélioration, que nous supposons survenue de ce côté, étendre son bienfait jusqu'aux organes éloignés, en communauté de souffrance avec l'organe dans lequel la maladie s'est primitivement localisée? Agir ainsi, c'est, nous le croyons, déshériter la thérapeutique d'une partie de ses avantages. Sans aucun doute, il faut alors mettre en œuvre toutes les ressources dont l'art dispose pour combattre les localisations morbides, comme il faut agir de la même manière, en s'adressant à un autre ordre de médication, quand, derrière cette lésion locale, il y a dans l'organisme une affection générale qui commande celle-ci; mais la thérapeutique n'a point achevé son œuvre, quand en même temps elle n'essaye point de réprimer les désordres sympathiques développés loin du foyer primitif du mal. Les antispasmodiques habilement ménagés, la méthode révulsive dans ses divers modes d'application, les opiacés, etc., passant en quelque sorte par-dessus la lésion locale, et s'adressant directement à la source des désordres sympathiques nés du côté du système nerveux, sont, dans une foule de cas, d'une incontestable utilité. Il est un autre ordre de moyens qu'on peut encore alors mettre à profit pour les malades; ce sont les moyens moraux : aux idées tristes qui, dans ces cas, préoccupent presque constamment les malades, tâchez de substituer des idées plus consolantes et plus heureuses. Si vous savez manier avec adresse ce levier puissant, vous verrez plus d'une fois, sous l'influence de ce régime moral nouveau, les principales fonctions se réveiller, se régulariser, les forces renaître, le mal local lui-même présenter une amélioration sensible. Nous savons bien que, sous l'influence de tels moyens, on ne verra point un squirrhe de l'estomac, des ulcérations intestinales, une cirrhose du foie, des tubercules pulmonaires, etc., disparaître; mais dans plus d'un cas on verra, nonobstant la persistance de ces lésions, l'assimilation, l'hématose se faire d'une manière plus complète, et les malades jouir d'une plus grande somme de vie, si nous pouvons ainsi parler. Sachons pallier, quand nous ne guérissons pas; c'est encore de la thérapeutique. Cette pratique est d'ailleurs, à l'heure qu'il est, celle de tous les médecins dont l'horizon intellectuel s'étend plus loin que les quatre murs d'un amphithéâtre.

Mais s'il est un certain nombre de cas, dans les maladies locales, où l'on peut avec avantage opposer une médication directe aux désordres purement sympathiques, à plus forte raison cette règle s'applique-t-elle aux accidents qui n'ont avec ces états morbides qu'un rapport de simple coïncidence. Comme nous l'avons fait pour les accidents sympathiques dans les maladies, que nous n'avons examinés que du côté du système nerveux, nous nous bornerons encore ici à quelques faits isolés, ne pouvant em-

brasser dans son ensemble cette question de thérapeutique générale.

Nous avons dit déjà que, sans partager, à l'égard de la portée des éméto-cathartiques dans la fièvre typhoïde, les idées de Prost, de MM. Piedagnel et de Larroque, en général on n'hésite plus aujourd'hui à avoir recours à l'emploi de ces moyens quand l'indication s'en présente; et ici nous n'entendons point parler de cette influence inconnue dans sa nature, mais évidente dans ses effets, qu'on appelle constitution médicale, et qui parfois imprime à toutes les maladies un caractère uniforme, tantôt phlogistique, tantôt bilieux, catarrhal, etc. : il est trop clair qu'alors il faut, sous peine de voir échouer toute tentative thérapeutique, obéir tout d'abord à cette indication fondamentale. Mais, lors même que ces influences puissantes ne dominent point les maladies, le trouble prolongé de la vie, l'état même où se se trouvait l'organisation quand la maladie est venue la saisir, l'action des agents thérapeutiques employés, ces diverses causes et plusieurs circonstances analogues peuvent faire naître dans l'organisme malade des indications secondaires qu'il importe de remplir, pour voir le jeu normal des fonctions se rétablir. Lorsque c'est une constitution épidémique spéciale qui domine ainsi accidentellement la vie pathologique, la maladie en porte le caractère dès son début, elle le conserve pendant tout son cours; les individus bien portants eux-mêmes en reçoivent souvent l'influence. Quant, au contraire, ce n'est point à une semblable cause que doivent être rattachés ces sortes d'accidents, c'est surtout à la fin des maladies qu'on les voit se développer. Aussi, pour ne point sortir de l'exemple que nous avons d'abord cité dans la fièvre typhoïde, lorsque cette affection marche vers sa terminaison, il n'est point rare de rencontrer l'ensemble des phénomènes qui caractérisent l'état saburral des premières ou des secondes voies. Il faut alors, sans hésiter, avoir recours aux moyens propres à faire cesser cet état anormal. Que si, dans la crainte de ranimer la phlogose du tube digestif, on s'abstient de ces moyens, la maladie reste stationnaire, la prostration continue, l'appétit ne se développe point, et la convalescence à laquelle le malade semblait toucher, ne se prononce point d'une manière tranchée. Nous pourrions ici multiplier les faits; nous nous bornerons à rapporter succinctement le suivant, où cette indication secondaire se montre avec la plus grande évidence.

Une jeune fille âgée de vingt-deux ans, arrivée au vingtième jour d'une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée, restait dans un état de prostration marquée, avec des mouvements irréguliers, mais parfois assez intenses. Bien que l'appétit fût nul, comme il n'y avait aucun symptôme local qui contre-indiquât l'alimentation, elle se nourrissait légèrement. Les choses étaient dans cet état lorsque nous l'observâmes :

à l'empâtement de la bouche, à la répugnance pour les aliments, au gonflement du ventre après l'ingestion de ceux-ci, nous crûmes reconnaître un état saburral, qui, s'opposant à la fois au développement de l'appétit et à l'assimilation, prolongeait la prostration dans laquelle la malade était plongée. Nous prescrivîmes sur-le-champ 60 grammes d'huile de ricin; ce laxatif détermina six ou huit garderobes abondantes. Dès le lendemain de l'emploi de ce moyen, la malade sentit un mieux-être, dont elle parlait avec bonheur; en quelques jours l'appétit se fit sentir avec cette vivacité qui suit souvent les fièvres typhoïdes complétement terminées, et les forces ne tardèrent point à renaître. Dès lors la convalescence marcha franchement.

Nous le répétons, chez cette malade la fièvre typhoïde proprement dite était arrivée à sa fin, le purgatif par nous employé dans cette circonstance n'eut aucune part à cette heureuse terminaison; les choses même en étaient arrivées à ce point, suivant nous, que si l'état saburral évident que nous avions sous les yeux n'eût pas été combattu directement, il se fût dissipé de lui-même, soit que des évacuations spontanées se fussent produites, soit que, par une autre voie à nous inconnue, la nature eût fait un dernier effort pour affranchir complétement l'économie. Mais il eût été fort à craindre, d'un autre côté, que ces crises naturelles ne se fussent laissé attendre longtemps encore, et que par là la convalescence n'eût été retardée de dix ou douze jours peut-être. Il y avait donc une indication réelle, et qui devait être remplie.

Une autre maladie à la fin de laquelle un état sabural (1) survient souvent, qui entrave également la marche de la convalescence, c'est la pneumonie. Souvent, en effet, dans cette maladie on voit survenir une constipation, à l'établissement de laquelle le tartre stibié, même employé suivant la méthode italienne, n'est pas toujours un obstacle : souvent

(1) Est-il besoin de dire que cet état saburral, bilieux, qu'on voit ainsi survenir assez souvent à la fin d'un certain nombre d'affections, et qui reconnaît pour cause la perturbation générale qui est au fond de toute maladie, doit être rigoureusement distingué de la diathèse du même nom, qui se lie à certaines constitutions médicales semblables à celles que nous avons subies l'été dernier? Dans ce cas, l'état bilieux, saburral, n'est plus une simple indication secondaire, il a une bien autre signification pathologique; il commande tout l'appareil morbide, il est l'épine dont l'action va retentir sur l'économie tout entière. M. Fuster a, dans le dernier numéro de ce journal, touché à cette importante question, et a cité des faits qui montrent la vérité de la grande doctrine des maladies bilieuses, comme l'entendaient les anciens. Nous ne pouvons faire rien de mieux que renvoyer à cet article, et surtout à l'ouvrage qu'a publié cet auteur sur les maladies de la France dans leurs rapports avec les saisons, et qui mérite au plus haut degré de fixer l'attention des praticiens.

alors la convalescence ne marche point avec cette netteté que semblerait promettre l'absence de toute lésion locale. Nous nous sommes bien trouvé en pareil cas d'imprimer, à l'aide d'un purgatif, une secousse plus ou moins vive aux sécrétions bilieuse et intestinale. Un des principaux effets de cette médication, c'est de développer l'appétit, d'activer l'assimilation, et par là de mettre fin à cet état de faiblesse dans lequel tombe constamment l'organisme après les grandes maladies. Il est un certain nombre de cas de pneumonie dans lesquels cette médication se recommande encore par d'autres motifs, ce sont ceux dans lesquels on voit les poumons rester engoués dans une étendue plus ou moins grande, après la disparition des autres symptômes de la maladie : l'auscultation seule fait reconnaître cette lésion, par le râle crépitant qu'elle permet de saisir. Cette sorte de stase sanguine cesse souvent par le seul bénéfice de l'alimentation : à mesure que l'organisme acquiert plus de forces, le tissu pulmonaire se dégorge, et le murmure respiratoire redevient normal. Dans quelques-uns de ces cas, nous avons vu la méthode perturbatrice hâter cette résolution. Il n'est pas toujours prudent de laisser les poumons sous l'action d'une stase sanguine plus ou moins prolongée pendant la convalescence d'une pneumonie; il ne faut donc pas toujours négliger cette indication secondaire.

A côté des indications thérapeutiques que nous venons de signaler, il en est d'autres qui, pour figurer plus bas encore dans le traitement des maladies, ne méritent pas moins d'être prises en sérieuse considération. Ainsi, il est un certain nombre d'affections dans lesquelles les malades sont dévorés par une chaleur extrême : que le thermomètre indique ou n'indique point ici une augmentation réelle dans la tempé rature de la peau, cette influence, dont le sens intime nous avertit, n'agit pas moins avec énergie sur le système entier de l'organisme. Or, dans ces cas, si nous en exceptons les maladies de la poitrine, qui pourraient en recevoir une atteinte fâcheuse, on peut tenter avec quelques chances de succès de diminuer directement cette chaleur qui fait le tourment des malades. Des bains frais peuvent, à cet effet, être mis en usage ; à défaut de ceux-ci, soit que quelque circonstance les contre-indiquât, soit qu'ils fussent d'un emploi difficile, on peut avoir recours à des lotions fraîches à la surface de la peau. Quand on n'a point pratiqué ce moyen, on n'imagine pas les effets remarquables que produisent par exemple quelques gouttes d'eau fraîche dont on mouille la paume des mains et la plante des pieds. Encore une fois, lorsque ce développement anormal de calorique est dû à une phlogose interne, il est clair que le moyen le plus rationnel de combattre cet accident, c'est de travailler à éteindre cette phlogose ; mais outre que la cause pathogénique de cette

chaleur morbide n'a point toujours une localisation phlegmasique, même dans les cas où quelques organes sont enflammés, c'est avec un réel profit pour l'organisme entier qu'on diminue directement la somme de calorique anormal auquel il est en proie.

Un autre moyen dont l'instinct même des malades nous avertit, et qu'à leur grand dommage on néglige le plus ordinairement, c'est le changement de position. C'est parce qu'ils avaient parfaitement observé les heureux résultats de cette conduite, que les anciens médecins déterminaient, comme une utile prescription, si les malades devaient ou non se lever. Nul doute que cette pratique ne concourût à prévenir plus d'une congestion sanguine fâcheuse. Mais là ne se borne point l'influence de la position dans les maladies : alors même que les forces ne permettent pas aux malades de se lever, on peut, s'ils ne le peuvent eux-mêmes, varier la position qu'ils affectent. Ainsi, il n'est pas douteux pour nous que les individus atteints d'une fièvre typhoïde grave, et qui restent constamment dans la supination, ne trouvent un avantage réel à changer de temps en temps cette position. Dernièrement encore, nous avons pu vérifier l'exactitude de cette donnée, dans le service de M. Andral, à la Charité. Nous conseillâmes plusieurs fois à un malade atteint d'une fièvre typhoïde fort grave, et qui était dans le service de ce médecin, de se placer sur le côté, tantôt à droite, tantôt à gauche. Outre que par là on prévient peut-être des escharres au sacrum, la pneumonie dont ce sujet était atteint s'améliora évidemment, et sans attribuer exclusivement cette heureuse circonstance au changement de position, nous sommes persuadé qu'il y a eu quelque part.

Nous nous arrêterons ici. Nous n'avons point eu la prétention de développer dans toute son étendue la question de thérapeutique générale qui fait le fond de ce travail ; nous avons voulu seulement éveiller l'attention des praticiens sur des faits intéressants, dont le principe de localisation nous a trop longtemps distraits. Il aura suffi, nous en sommes sûr, de toucher à cette question pour en faire comprendre l'importance pratique.

ESSAIS D'UN NOUVEAU TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, CONSISTANT DANS L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE A HAUTE DOSE.

On a essayé bien des remèdes contre le rhumatisme articulaire aigu, mais jusqu'à présent tous ces essais ont été infructueux, et la maladie s'est le plus souvent jouée des moyens qu'on lui a opposés. M. Briquet, médecin à l'hôpital Cochin, vient de présenter à l'Académie de médecine le résultat de nombreux travaux qu'il a faits sur l'emploi du sulfate de

quinine à haute dose, et d'après lesquels il est arrivé à conclure qu'à l'aide de cette médication on peut arrêter une attaque de rhumatisme aigu, comme on arrête un accès de fièvre intermittente avec le sulfate de quinine à petite dose. Ses recherches ont été faites sur vingt-trois malades observés, dans un laps de six semaines, à l'hôpital Cochin.

Afin de mettre nos lecteurs à même de juger la valeur de cette nouvelle médication, et de pouvoir en faire l'application eux-mêmes, nous exposerons toutes les circonstances principales des observations qu'on a faites, nous indiquerons exactement le mode d'administration du médicament, et nous ferons voir ses effets physiologiques ainsi que les modifications qu'il a imprimées à la maladie.

Les malades soumis à cette médication se sont composés de quinze hommes et de huit femmes. Leur âge était de vingt à trente ans; quelques-uns avaient moins de vingt ans; quelques autres, en plus grand nombre que les premiers, avaient de trente à quarante-cinq ans. Le tiers d'entre eux étaient forts et bien constitués; les deux autres tiers étaient des sujets faibles, maigres, pâles ou de constitution lymphatique. Les deux tiers avaient déjà été pris d'attaques de rhumatisme à des époques plus ou moins éloignées, et chez moitié de ces derniers il y avait des signes de péricardite ou d'endocardite chroniques.

Leur dernière attaque de rhumatisme datait d'un laps de temps qui a varié de trois à huit jours avant leur entrée à l'hôpital. Chez plusieurs l'invasion de la douleur et du gonflement des articulations avait été précédée par des douleurs vagues dans les membres, apparaissant plusieurs fois dans la journée et disparaissant de même, ou par des douleurs plus fixes dans les lombes, lesquelles avaient duré une huitaine de jours.

Les soins que ces malades avaient reçus chez eux étaient insignifiants : ils avaient gardé le lit; trois d'entre eux avaient été saignés une fois, et l'on est sûr que chez un le sang avait été couenneux. Lors de leur entrée à l'hôpital, la moitié au moins avaient une teinte jaune paille de la face, résultant de l'altération de l'hématose produite par le rhumatisme. Tous avaient la langue blanche; quelques-uns présentaient, au centre de cet organe, une bande sèche rouge ou brune; chez tous les autres elle était humide. Chez tous aussi il y avait soif vive et inappétence. Trois présentaient de la diarrhée. Chez neuf il y avait des signes de péricardite ou d'endocardite, soit ancienne, soit récente, reconnaissables par les palpitations auxquelles les malades avaient été sujets, par des bruits de frottement à la région du cœur et de l'aorte ascendante, et par une fréquence insolite du pouls. Chez quatre malades seulement le pouls était de 60 à 65 pulsations à la minute; mais chez les autres il était à 80, 90, 95, et chez huit il était de 100 à 120; toujours il était fort et plus ou moins plein. La

température de la peau était élevée chez presque tous. Les phénomènes locaux du rhumatisme consistaient en des douleurs qui siégeaient soit au niveau des articulations, soit le long des gaînes synoviales des tendons, soit dans le corps de certains muscles, tels que ceux du cou, des épaules, de la partie antérieure de la poitrine et des lombes. Chez plusieurs elles étaient assez vives pour que les malades poussassent des gémissements continuels, avec insomnie; chez tous elles ne permettaient pas le moindre mouvement, ni le moindre contact de la partie affectée. Il y avait en même temps du gonflement et de la tension accompagnés plusieurs fois de rougeur vive de la peau et du gonflement des veines circonvoisines. Chez quelques-uns ce gonflement avait l'aspect phlegmoneux; chez d'autres il y avait des hydarthroses considérables des articulations fémoro-tibiales. Tous avaient de quatre à douze parties prises à la fois par le rhumatisme.

Voici maintenant quel a été le traitement employé :

Le premier jour, rarement 6 grammes, souvent 5, et plus ordinairement 4 grammes de sulfate de quinine dissous, à l'aide de 12 gouttes d'acide sulfurique, dans une potion gommeuse de 190 grammes, et édulcorée soit avec le sirop de fleurs d'oranger, soit avec le sirop tartrique. Cette potion s'administre par cuillerée à bouche, toutes les heures, de manière à ce qu'elle soit prise en douze heures; le malade se repose pendant les douze autres heures.

Le second jour, même dose administrée de la même manière; seulement, si l'effet obtenu n'a point été suffisant, on l'augmente d'un gramme, mais en ne dépassant jamais 6 grammes.

Le troisième jour, on diminue d'un à 2 grammes, attendu que, dans presque tous les cas, la maladie a très-notablement diminué à ce troisième jour.

Enfin on diminue graduellement la dose d'un gramme les jours suivants, de telle sorte que le traitement dure six à sept jours.

Quand le rhumatisme est rebelle, on peut soutenir la dose de 4 à 5 grammes durant quatre jours. Si, au bout de ce temps, on n'a point obtenu d'effet suffisant (ce qui est fort rare, 1 sur 23), il faut renoncer à l'emploi du sulfate de quinine, et recourir à un autre mode de médication. Tout rhumatisme qui n'est point enlevé ou fortement ébranlé au bout de quatre jours n'est point curable par le sulfate de quinine.

Les moyens adjuvants sont une tisane diaphorétique, telle que l'infusion de mauve, de violettes ou de bourrache, miellée, prise chaude et en grande quantité; l'application de cataplasmes arrosés de laudanum sur les parties douloureuses, une température chaude, le repos absolu. La diète est observée pendant les deux premiers jours; au troisième jour,

les malades prennent des bouillons; au cinquième, on leur accorde des soupes, et au sixième ou septième, on peut leur permettre des aliments solides.

Il est très-utile d'administrer deux fois par jour des lavements de décoction de guimauve, afin de prévenir l'action irritante du sulfate de quinine sur le gros intestin, en empêchant son dépôt sur cette partie du tube digestif.

Les malades observés ont pris de 18 à 30 grammes de sulfate de quinine dans le cours du traitement.

Voici les résultats obtenus par cette nouvelle médication :

Après vingt-quatre heures de traitement, il y a eu chez dix-huit des vingt-trois malades une diminution notable dans la douleur et dans le gonflement articulaires, et chez une femme il y a eu une disparition complète de ces deux phénomènes : la malade était guérie.

Chez tous ceux qui avaient le pouls au-dessus de 60 à 65 pulsations, il s'est ralenti d'une manière notable.

Dans le courant de la seconde journée, sept malades ont été guéris.

Dans le courant de la troisième journée, il y a eu également guérison chez sept autres.

Dans le courant de la quatrième journée, il y a eu guérison complète chez cinq.

Enfin un a été guéri le cinquième jour, et un autre le septième ; de telle sorte qu'après le sixième jour il n'y avait plus que trois rhumatisants qui eussent encore des douleurs.

Un seul malade n'a pas éprouvé d'amélioration notable : au bout de quatre jours de traitement, il n'y avait pas encore de changement appréciable en lui, et l'on n'a pas continué la médication plus longtemps.

Par guérison complète, nous entendons la disparition de toute douleur et de tout gonflement, ainsi que la possibilité d'exercer librement et facilement des mouvements dans les articulations malades.

En même temps que les membres étaient débarrassés, l'état général des malades s'améliorait : l'appétit revenait d'une manière remarquable, à tel point que chez beaucoup il a fallu donner du bouillon dès le second ou troisième jour ; qu'on accordait des soupes du quatrième au sixième jour, et que du sixième au septième, la plus grande partie des malades mangeait une portion d'aliments. La vivacité d'appétit que provoque l'usage du sulfate est vraiment surprenante.

Le pouls a constamment diminué de fréquence d'une manière très-rapide. Dès le second jour, il y eut chez la plupart une diminution de 10 à 25 pulsations; au troisième jour, chez quinze malades, le pouls était abaissé à 60 pulsations, et au cinquième ou sixième jour, il était au-

dessous de 60 chez sept malades. La température de la peau a décru également avec rapidité : au deuxième jour, il restait peu de malades qui eussent la peau chaude. En général, les forces se sont rapidement rétablies.

Les seules complications observées ont été les maladies du cœur et les diarrhées. Un malade a eu un état typhoïde très-prononcé. Les endo-péricardites chroniques, qui ont été au nombre de six, n'ont entravé en rien la marche de la maladie et n'ont pas rendu la guérison plus difficile. Il en a été de même pour ces maladies à l'état aigu, mais modéré, qui ont été observées chez trois sujets. A leur sortie de l'hôpital, les bruits anormaux du cœur avaient cessé de se faire entendre. Tant que les malades affectés d'endo-péricardite prenaient le sulfate de quinine, le pouls se rapprochait de 60; mais une fois le traitement terminé et le rhumatisme guéri, leur pouls reprenait de la fréquence.

La diarrhée, qui s'est présentée chez trois sujets au début de la maladie, a été un inconvénient qui a gêné beaucoup le traitement en empêchant de donner le sulfate de quinine aussi libéralement qu'on aurait pu le faire; aussi deux de ces malades n'ont été améliorés que le quatrième et le sixième jour, et l'un d'eux même a eu une rechute grave : leurs forces se rétablirent plus lentement que chez les autres.

En ajoutant la durée de la maladie avant le traitement à sa durée après le traitement, on trouve 2 malades guéris le cinquième jour, 2 le sixième, 1 le septième, 5 le huitième, 3 le neuvième, 3 le dixième, 3 le onzième, 1 le douzième, 1 le quinzième et 1 le dix-septième jour. Et en se résumant, il y avait 15 malades guéris au dixième jour, 1 eut une rechute grave et 1 ne guérit pas par le traitement.

Après leur guérison, les malades restent faibles durant quelques jours; on leur fait garder le lit par précaution. Le plus grand nombre d'entre eux ont eu des retours des douleurs; mais elles ont été passagères, peu intenses, non accompagnées de gonflement, et n'ont duré que pendant quelques heures ou pendant une journée au plus. Une seule malade, qui était prise d'un rhumatisme universel, a eu une récidive de douleurs, avec gonflement à un assez grand nombre d'articulations, qui a duré plusieurs jours. C'est celle qui est notée plus haut comme ayant eu une rechute grave qui a duré 4 à 5 jours.

La durée du séjour des malades à l'hôpital a été prolongée autant que possible; la sortie n'a jamais eu lieu que sur les instances des malades. Cette durée a été de 8 jours chez 1 malade, de 10 jours chez 4, de 12 jours chez 3, de 14 et 15 jours chez 2, de 20 et de 21 jours chez 2. Les autres malades convalescents étaient encore à l'hôpital après un séjour de 9 à 13 jours.

Au moment de la sortie, ces rhumatisants avaient pour la plupart perdu la teinte jaune paille de la face, et repris des couleurs rosées; leur appétit était très-prononcé, et les digestions étaient bonnes; ils n'étaient nullement faibles et n'avaient point l'aspect de gens qui viennent de faire une grave maladie. Plusieurs d'entre eux ont repris de suite leurs pénibles travaux. Il ne restait pas la moindre douleur dans les membres.

La récidive a eu lieu chez deux malades : l'un, qui était tanneur, reprit son métier le surlendemain de sa sortie; l'autre fit, ce même jour et les suivants, de longues courses à pied dans les rues de Paris, par un temps froid et humide. Quelques jours de repos ont suffi pour dissiper les douleurs et le gonflement des articulations.

Il ne serait point étonnant que les récidives fussent communes, attendu qu'aussitôt la guérison, les malades, ayant recouvré toutes leurs forces et toute leur énergie, ne peuvent comprendre la nécessité de la chaleur et du repos, et s'exposent aux causes de rhumatisme, conservant encore la prédisposition à contracter cette maladie.

Cette récidive sera certainement très-rare chez les personnes qui consentiront à prendre quelques précautions.

On n'a point observé que l'âge ni le sexe aient eu de l'influence sur la durée de la maladie; il en est de même de sa durée avant le traitement, du moins dans des limites de quatre à huit jours.

Des tentatives ont été faites sur des rhumatismes chroniques; elles ont déjà donné des résultats très-remarquables, mais point encore assez nombreux pour pouvoir être compris dans cet exposé.

L'intensité du rhumatisme est la circonstance dont l'influence a été prononcée; aussi les cas légers ont été guéris plus vite que les cas moyens, et ceux-ci plus vite que les plus graves. Ainsi les deux rhumatismes qui n'ont été guéris que le sixième et septième jour étaient des rhumatismes universels.

Le seul qui n'ait pas été enlevé fut un rhumatisme du poignet et du dos de la main.

La médication par le sulfate de quinine produit sur l'économie certains troubles qu'il faut connaître. Les uns ont lieu sur les fonctions de l'encéphale : ce sont la titubation, des vertiges, des bourdonnements continuels et très-fatigants, quelquefois la dureté de l'ouïe, la surdité passagère, le trouble de la vue avec dilatation et immobilité de la pupille, et quelquefois une amaurose incomplète. Ces phénomènes ne manquent jamais, et sont en quelque sorte le thermomètre de l'action médicatrice du sel de quinine. Ils apparaissent de bonne heure, et durent tout le temps de l'usage du sel de quinine; ils sont en proportion de la dose du médicament, s'accroissent et diminuent avec elle, pour cesser aussitôt qu'on

cesse le sulfate. L'amaurose ne s'est manifestée que trois fois; elle n'a duré que quelques heures chez l'un des malades, un jour entier chez l'autre, et deux ou trois jours chez le troisième.

La titubation a été une fois portée jusqu'au point de produire un tremblotement des membres et une sorte de carphologie de quelques heures. Lorsque ces troubles dépassent la limite physiologique, ce qui n'a ordinairement lieu qu'à la fin du traitement, ou quand on emploie de fortes doses, telles que celle de 6 grammes, il faut suspendre de suite l'administration du sulfate de quinine, et donner de légers excitants.

D'autres troubles ont lieu sur le tube digestif : ce sont les nausées et les vomissements. Il est peu de malades qui n'aient fréquemment des nausées et plusieurs vomissements durant le temps de la prise de la potion. Mais cela est sans importance, car la langue ne se sèche jamais, il n'y a jamais de soif ni de sensibilité à l'épigastre, et sitôt la potion prise, les malades ont durant le reste de la journée un appétit très-vif et la digestion très-régulière; l'estomac ne donne donc aucun signe de phlogôse.

Cependant il arrive que l'amertume de la potion et les vomissements toujours croissants qu'elle produit chez certains malades, constituent une sorte de non-tolérance à laquelle il faut céder. Dans ces cas, on administre le médicament en poudre renfermée dans le pain à chanter ou en pilules, et alors la tolérance est toujours facile.

La diarrhée se remarque assez fréquemment vers la fin du traitement. C'est un des effets qu'il faut le plus surveiller, car le sulfate de quinine détermine plus facilement la phlogose de l'intestin grêle ou du gros intestin que celle de l'estomac; il produit cet effet plutôt quand il est administré en poudre que quand il est donné en solution, attendu que le sulfate de quinine, étant peu soluble, passe en entier dans l'intestin et agit comme un irritant local sur les portions d'intestin, tel que le côlon, où son séjour peut se prolonger. On pare à cet inconvénient par des boissons abondantes, par des lavements simples ou laxatifs administrés fréquemment, et par des aliments pris de bonne heure.

Enfin l'action hyposthénisante du sulfate de quinine, pour nous servir des expressions de Jacomini, peut se faire sentir sur le cœur. — Après quelques jours de traitement il arrive quelquefois que le pouls se ralentit et tombe au-dessous de 50 pulsations, et qu'il devient petit et très-faible; quelquefois encore, tout en conservant sa petitesse, le pouls prend de la fréquence. — Dans l'un et l'autre cas, la peau devient pâle, fraîche, et le malade éprouve une sensation indicible de faiblesse. — Ces troubles cessent aussitôt par la suspension du médicament. — On peut avec avantage faire des frictions chaudes, excitantes, sur les membres et sur la région du cœur, et donner des infusions de fleurs de tilleul, de feuilles

d'oranger ou de café, quelques cuillerées de vin ou de sirop d'éther. — En général, tous les phénomènes nerveux cessent rapidement, comme le fait l'ivresse par le vin de Champagne. — Il n'en est pas de même de la diarrhée, dont la persistance est quelquefois assez grande.

Ces divers troubles font que la médication sous forme soluble est préférable à celle qui a lieu sous forme peu soluble ; car, dans ce dernier mode, on comprend que les accidents toxiques se continuent malgré la suspension du médicament, à raison de son absorption lente et graduelle dans le tube digestif. — Aussi, règle générale, il ne faut donner le sulfate en poudre que quand on ne peut pas faire autrement, et à moins forte dose qu'en solution. La forme pilulaire occasionne moins de ces troubles, mais son effet est beaucoup moins prononcé contre la maladie elle-même.

La formule d'administration du sulfate de quinine, telle que nous l'avons donnée, n'est pas une règle inflexible et invariable, une espèce de lit de Procuste sur lequel tout doit s'adapter ; au contraire, cette médication doit être modifiée suivant l'exigence des cas. — Ainsi les hommes supportent une plus forte dose que les femmes ; on peut donner de 50 centigrammes à 1 gramme de moins à ces dernières. — Les sujets vigoureux peuvent et doivent prendre un gramme par jour de plus que les sujets faibles. — Les vieillards doivent être conduits avec soin, et il ne faut leur administrer que des doses de 2 grammes par jour au plus.

Dans les cas où le rhumatisme est aigu et intense, il faut administrer la dose au maximum. Dans ceux où il est à degré moyen, on peut se borner à 3 grammes par jour dès le début. Enfin, dans les cas légers, et surtout dans le rhumatisme chronique, il convient de donner au plus 2 grammes par jour dès le début, en augmentant la dose en raison de la facilité avec laquelle le malade la tolère.

Comme cette note est un peu longue, nous nous contenterons de présenter comme spécimen deux observations prises parmi les vingt-trois malades traités par M. Briquet à l'hôpital Cochin.

Rhumatisme poly-articulaire aigu, à forme phlegmoneuse, avec endo-péricardite.

Hubert, âgé de trente-cinq ans, doreur sur bois, homme de structure grêle, à teint pâle, à peau blanche et molle, à tissu cellulaire abondant, et à tempérament lymphatico-nerveux. Il a été pris dans les épaules, il y a dix ans, de douleurs qui ont duré une huitaine de jours. Il assure n'avoir jamais éprouvé de palpitations ni de douleurs dans la région du cœur. Il travaille dans un endroit froid, et dans une partie d'atelier traversée par des courants d'air venus de fenêtres mal jointes. Le 30 septembre, cet homme a été brus-

quement pris de douleurs avec gonflement dans les genoux et dans les poignets, ce qui l'a forcé à garder le lit; il a constamment eu de la fièvre, et les douleurs ne lui ont pas laissé de repos, tant elles ont été fortes et continuelles.—Point de traitement autre que de la tisane de bourrache, une purgation à l'huile de ricin, et le repos au lit.

Apporté le 9 octobre à l'hôpital Cochin dans l'état suivant : sujet ayant la face d'un jaune paille, et exprimant la souffrance et l'anxiété. — Langue blanche et humide, anorexie, un peu de toux, bruits du cœur avec sons anormaux tellement confus qu'il est impossible de les analyser. — Pouls plein, assez large, à 115 pulsations; peau chaude et constamment humectée de sueur.

1° Légère sensibilité à la pression des environs de l'olécrâne droit, avec douleurs lors des mouvements; 2° poignet et dos de la main du côté droit gonflés, tendus et rouges, médiocrement douloureux à la pression; 3° environs de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit gonflés, rouges et douloureux; 4° poignet et dos de la main gauche plus tendus, plus rouges, plus gonflés et plus douloureux encore qu'à droite; 5° douleurs vives au niveau des deux articulations coxo-fémorales; 6° genou droit tendu et gonflé, surtout au-dessus de la rotule; douloureux à la pression; la rotule est éloignée du fémur par la collection de liquide existant dans la capsule synoviale; 7° régions malléolaires internes et externes, et dos des deux pieds douloureux, gonflés, tendus et rouges, avec développement des veines circonvoisines.

Le malade est tout d'une pièce dans son lit, où il lui est impossible de faire, sans douleurs vives, le moindre mouvement.—Il ne peut trouver une bonne place pour poser ses membres, et les douleurs sont telles qu'il y a insomnie depuis plusieurs nuits; elles ont encore augmenté depuis la veille. Le diagnostic fut : *rhumatisme poly-articulaire aigu* en voie d'augmentation, et péricardite aiguë sans épanchement.

Prescriptions.—Sulfate de quinine, 6 grammes dans une potion gommeuse acidulée, à prendre par cuillerées à bouche, en douze heures. — Tisane de bourrache miellée, et cataplasmes arrosés de laudanum, sur les articulations malades.

1er *jour du traitement*, 10 octobre au matin. — Bourdonnements d'oreilles qui ont commencé la veille au soir; légers troubles de la vue ; pas de sommeil; langue grise et humide, à pointe un peu rouge; pas de soif; un vomissement après l'une des cuillerées de potion, et nausées pendant la prise du médicament. — Le premier bruit du cœur est, dans toute la région précordiale, converti en un bruit de soufflet fort et prolongé, plus fort à la pointe du cœur, plus faible ailleurs. Le second bruit est normal, mais faible; le long de la moitié supérieure du sternum qui correspond à l'aorte, on distingue deux bruits; le premier fort et prolongé, qui correspond au premier temps, et le second très-doux, analogue à un léger souffle, a lieu au second temps. Les bruits des carotides sont normaux. Le pouls est large et plein, à 100 pulsations.

1° Disparition complète de la douleur des environs de l'olécrâne; 2° diminution notable du gonflement et de la douleur du poignet et du dos de la main droite. — Disparition complète de la douleur; 3° diminution du gonflement, de la douleur et de la rougeur de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit ; 4° disparition complète de la douleur et du gonflement du poignet et du dos de la main gauche. — Encore un peu de rou-

-geur; 5° disparition de la douleur des articulations coxo-fémorales; 6° disparition de la douleur du genou droit avec persistance du gonflement; 7° disparition complète de la douleur et des gonflements des régions malléolaires et du dos des deux pieds, et persistance d'une légère rougeur.

Dès le premier jour, on voit une diminution considérable des phénomènes locaux du rhumatisme, et une diminution de la fièvre. Cette diminution permet d'étudier le cœur et de reconnaître l'existence d'une endo-péricardite, reconnaissable au bruit du frottement, plus fort à la pointe du cœur qu'ailleurs, pour la péricardite, et aux bruits de frottements dans l'aorte pour l'endocardite. — Comme il n'y avait pas de bruits anormaux dans les carotides, et que le bruit de soufflet était à son maximum à la pointe du cœur, on ne pouvait pas les attribuer à l'anémie.

Sulfate de quinine, 6 grammes; bourrache miellée, cataplasmes laudanisés.

2e *jour du traitement*, 11 octobre. Disparition complète de toutes douleurs, de toute rougeur et de tout gonflement; toutes les articulations sont libres et mobiles, et le malade agite ses membres en tous sens avec beaucoup de vivacité, comme s'ils n'eussent jamais été malades.

Mais la dose de sulfate ayant été forte, il en est résulté des effets toxiques; il y a des bourdonnements intenses, beaucoup d'étourdissement, une amaurose incomplète avec dilatation extrême de la pupille, et perte de la faculté de se contracter; une grande titubation; une sorte de carphologie avec tremblotement des membres. Le pouls est assez large, à 90 pulsations. Mais malgré ce trouble du système nerveux, le malade se trouve bien; il a de l'appétit, et demande à manger; la langue est humide.

On suspend à l'instant même l'administration du sulfate de quinine sans faire d'autre médication, et l'on prescrit des bouillons. Au bout de quelques heures, tout était dissipé; les bourdonnements avaient diminué; la vue était complétement revenue; les pupilles avaient repris leurs dimensions normales; il n'y avait plus de carphologie ni de tremblotement musculaire.

Dans la nuit, il y eut sept à huit selles liquides sans coliques.

12 octobre. Facies tout à fait normal; sommeil calme; peu de bourdonnements d'oreilles; langue humide, avec épais enduit grisâtre. — Appétit; pas de diarrhée; pouls à 70; peau de chaleur normale; nulle douleur, et mouvements des membres faciles. — Bourrache miellée; pas de sulfate de quinine. Soupes. — 13 octobre. Le malade a pu se lever pour aller satisfaire à ses besoins; il a senti ses genoux un peu raides. — Pouls à 72. — 14 octobre. — Apparition d'un peu de douleur, de gonflement et de rougeur au poignet de la main droite. — Pouls à 80. — Bourrache miellée; sulfate de quinine, 4 grammes; cataplasmes laudanisés. — 15 octobre. — Quelques bourdonnements et vertiges; un vomissement après une des cuillerées de potion. Pouls à 85. — Disparition de la rougeur et de la douleur du poignet droit, qui reste encore un peu gonflé. — La veille, il y avait eu, dans la soirée, de la douleur et du gonflement au pouce de la main droite; ce matin, il n'y a plus rien. — Bourrache miellée; sulfate de quinine, 3 grammes 50 centigr. — 16 octobre. Plus rien aux poignets; légère douleur dans le jarret gauche. — Sulfate de quinine, 3 grammes, 2 soupes. — 17 octobre. Bruit de soufflet à la région précordiale, beaucoup moins fort qu'il ne l'était dans les premiers jours. — Cessation des bruits de frottement le long de l'aorte. — Léger souffle dans les carotides. — Nulle douleur dans les membres. — Bourrache miellée; sulfate de quinine, 3 grammes. — 18 octobre.

— Pouls à 75. — Le malade se lève. — Sulfate de quinine, 2 grammes. — 20 octobre. — Bon état, appétit; le malade peut se promener dans les salles. Il n'a aucune douleur. — Le pouls est à 78. — On cesse l'emploi du sulfate de quinine. — 2 portions d'aliments.—24 octobre. Sortie de l'hôpital. — Appétit normal ; — nul bruit anormal ni au cœur, ni à l'aorte, ni aux carotides. — Mouvements des membres très-faciles. — Pouls à 85.

Ce malade s'est présenté à la consultation le 1er novembre, en très-bonne santé, sans trouble dans les voies digestives, ayant des forces et nul amaigrissement. Les bruits du cœur sont à l'état normal, le pouls conservant de la fréquence; mais cet homme fait observer que c'est son pouls habituel; son rhumatisme est bien guéri. — Les signes d'inflammation du péricarde et du cœur n'existent plus, et les forces musculaires sont conservées.

Rhumatisme articulaire aigu avec hydarthrose et endocardite.

Guihout, âgé de vingt ans, jeune homme assez fort, assez musculeux, à tissu cellulaire abondant, à peau molle et blanche, et à tempérament lymphatique, avait eu, il y a deux ans, un rhumatisme articulaire aigu, pendant six semaines, aux pieds et aux deux genoux. Le 15 octobre 1842, il a commencé à avoir du malaise et des douleurs dans les lombes, et il est entré à l'hôpital Cochin le 17 octobre. On se borne au repos, au séjour au lit et aux boissons chaudes. Malgré ces précautions, les douleurs gagnent les cuisses, puis les genoux. Elles deviennent, le 21, assez violentes et assez continues pour causer de l'insomnie. Les deux genoux sont considérablement tuméfiés; le droit a 37 centimètres de tour, le gauche 38 centimètres 1/2; ils sont tendus, fluctuants, sans rougeur de la peau, les rotules éloignées du fémur. Un léger gonflement douloureux existe à la malléole externe du pied droit. — Pouls large à 65; chaleur modérée, langue humide avec enduit blanc épais. — Bruit de soufflet assez fort au niveau de l'origine de l'aorte, se prolongeant le long de la partie supérieure du sternum et s'étendant jusque dans les carotides.

Il existe évidemment deux hydarthroses rhumatismales aiguës avec complication d'endocardite, car évidemment les bruits de soufflet du cœur et des artères ne sont pas le résultat de l'anémie. — Bourrache miellée; sulfate de quinine, 6 grammes en potion; cataplasmes laudanisés.

1er *jour du traitement*, 22 octobre. Bourdonnements faibles, quelques vertiges, langue humide et grise, pas de vomissements, pouls à 86, peau de chaleur normale.

Genoux moins tendus, le droit a un centimètre de tour de moins, et le gauche 2 centimètres 5 millimètres. La rotule n'est plus aussi soulevée; douleur presque nulle; mouvements commençant à se faire.

Il n'existe plus qu'un gonflement très-léger à la malléole. Durant la nuit, apparition d'une douleur assez vive au niveau des deux trochanters; développement de quatre plaques d'un rouge vif, larges chacune comme une pièce d'un franc, siégeant au niveau des deux articulations des phalanges du pouce et de celles de l'index du pied droit, et faisant éprouver une douleur mordicante. — Bourrache miellée; sulfate de quinine, 6 grammes; cataplasmes laudanisés.

2e *jour de traitement*, 23. Bourdonnements d'oreilles; vue très-trouble, dilatation considérable des pupilles, qui néanmoins sont mobiles; pouls de 58 à 60; appétit.

Le genou droit a 1 centimètre 1/2 de tour de moins que la veille, et le gauche 2 centimètres; les veines environnantes ne s'aperçoivent plus; disparition de la douleur; plus rien à la malléole; disparition complète des plaques rouges des articulations des orteils, et de la douleur, à peine une légère sensibilité lors des mouvements de ces orteils. — Bourrache miellée; sulfate de quinine, 4 grammes; deux bouillons.

3e *jour de traitement*, 24. Facies normal, bourdonnements, quelques vertiges, vue bonne, appétit; pouls à 55. Le genou droit a diminué de 2 centimètres, et le gauche de 1 centimètre. Il n'y a plus de gonflement; l'un et l'autre ont 32.5 centimètres de tour, ce qui fait 5 centimètres 1/2 de diminution en trois jours. Les rotules ne jouent plus sur les fémurs. Une très-légère douleur à la partie interne du pied gauche. Sulfate de quinine, 5 grammes, deux bouillons. — 25, pouls à 50; titubation, vertiges, nulles douleurs, appétit. Sulfate de quinine, 4 grammes; cinq bouillons. — 26, pouls à 50; appétit prononcé, quelques coliques, un peu de diarrhée. Sulfate de quinine, 3 grammes; deux soupes. — 28, pouls à 50; grand appétit, encore des vertiges et un peu de bourdonnements d'oreilles; cessation de la diarrhée. La veille on n'avait donné qu'un gramme de sulfate de quinine, aujourd'hui on le supprime. Une portion d'aliments.

31 octobre. Le malade veut absolument sortir, il se lève depuis quelques jours; sa figure est fraîche et rose, il n'a pas maigri; il n'a point de titubation, la marche se fait librement et sans douleur; le léger frottement du cœur et de l'aorte a complétement disparu dans le cœur, dans l'aorte et dans les carotides. Le pouls est à 50; l'appétit est très-bon.

Le rhumatisme a été vu dès le début, le malade était au lit avant le traitement comme après, de sorte qu'on ne peut pas dire de lui comme d'autres, que la transpiration douce et le repos du lit ont pu concourir à sa guérison.

Lors donc qu'on a commencé le traitement, la maladie ne faisait que de naître : on la voit arrêtée brusquement ; mais cependant le mal ne cède pas sans résister, puisque le deuxième jour on voit apparaître de nouvelles douleurs, et surtout ces rougeurs au niveau des articulations superficielles, indices certains de l'existence d'une fluxion dans la synoviale articulaire ou tendineuse correspondante. Néanmoins tout a cédé du second au troisième jour, et l'énorme collection de liquide qui existait dans les synoviales s'est résorbée dans ce court laps de temps.

Nous pourrions multiplier les observations, car vingt-trois ont déjà été recueillies avec soin dans les salles; mais il y a une grande similitude dans tous ces faits, et ils rentrent tous dans les principes généraux que nous avons établis.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LES INJECTIONS IODÉES DANS LES HYDROPISIES ET LES ABCÈS DES ARTICULATIONS,

Par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans le mois de mars 1841, je pratiquai pour la première fois des injections iodées dans le genou pour guérir une hydarthrose rebelle aux moyens curatifs généralement employés. Encouragé par le résultat que j'obtins, je répétai dans d'autres cas la même opération, et, après une année, je l'avais déjà faite plus de dix fois dans des hydarthroses et dans des abcès du genou. M. Martin, interne des Hôpitaux de Lyon, recueillit l'histoire de ces opérations, et les fit connaître dans sa thèse soutenue à Strasbourg le 2 mai 1842. Le journal de Strasbourg publia, quelque temps après, une analyse étendue de cette thèse. Quatre mois plus tard, M. Velpeau communiqua à l'Académie des sciences, le 8 octobre 1842, les résultats qu'il venait d'obtenir des injections iodées dans les hydropisies du genou.

Cependant, comme M. Velpeau n'avait rien publié jusque-là sur cette méthode de traitement, et que la thèse de M. Martin, consacrée uniquement à l'exposition de mes recherches, est la seule qui ait été soutenue à Strasbourg sur les injections iodées dans les hydarthroses, je n'ai pu comprendre que M. Velpeau, dans sa communication à l'Institut, ait avancé que j'avais puisé l'idée de ces injections dans une thèse soutenue à Strasbourg et destinée à l'exposition de ses travaux (1). La

(1) Avant la publication de cet article de M. Bonnet, nous avons cru devoir en communiquer une épreuve à M. Velpeau. La lettre suivante de ce professeur donnera à notre ami, le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'explication du malentendu qui a existé dans cette affaire.

« Mon bon ami,

« L'auteur m'avait déjà annoncé l'épreuve que vous avez eu la bonté de me communiquer. Ce que j'ai dit dans ma note à l'Institut, de notre très-estimable confrère M. Bonnet, tient à un *quiproquo* que je m'empresse de faire disparaître. La thèse dont il m'avait parlé traite des faits observés à Lyon, et non des miens, comme je croyais l'avoir entendu. C'est de lui-même, et non d'après moi, par conséquent, que M. Bonnet a pris le parti des injections iodées.

« Quant à ce qui me concerne, vous savez, et votre estimable journal l'a plusieurs fois constaté, que j'emploie les injections iodées depuis huit ou dix ans contre la plupart des hydropisies enkystées. J'en ai fait usage dans le genou en avril et en juillet 1839, puis en mars 1842, avant d'y revenir en

nécessité de détruire cette erreur ne me permet pas de différer plus longtemps de faire connaître moi-même les résultats que j'ai obtenus d'une méthode de traitement qui est destinée, je pense, à prendre rang dans la pratique, et qui ne tardera pas à appeler l'attention des chirurgiens.

En indiquant l'époque précise à laquelle ont été publiés les travaux déjà connus sur les injections iodées dans les hydarthroses, et en établissant la priorité de mes recherches sur celles de M. Velpeau, je ne prétends point dire que cette opération soit une véritable découverte, et qu'elle n'ait point été précédée d'autres opérations plus ou moins analogues; loin de là, je me plais à reconnaître qu'elle n'est qu'une modification de méthodes curatives depuis longtemps connues.

Sans parler de la ponction du genou, qui a été pratiquée plusieurs fois dans le siècle dernier, et répétée dans celui-ci par plusieurs chirurgiens, par Boyer entre autres, je rappellerai d'abord que Gay fit, en 1789, dans un genou rempli de sérosité, une injection d'eau de Goulard animée de tafia camphré (Boyer, Traité des maladies chirurgicales, vol. IV, p. 483), et qu'en 1830 M. Jobert a injecté trois fois de l'eau d'orge alcoolisée dans la même articulation, et pour la même maladie. (*Gaz. des Hôpit.*)

Ces faits prouvent que depuis longtemps on avait pensé à guérir les hydarthroses par des injections irritantes, et si l'on se rappelle les travaux récents sur le traitement des hydrocèles et des fistules articulaires, on concevra sans peine que l'idée de se servir d'une préparation iodée devait naturellement se présenter à l'esprit de tous ceux qui pouvaient penser à traiter les hydarthroses par les injections irritantes. L'on sait en effet, depuis les recherches variées de M. Velpeau, que, dans les hydrocèles et autres collections séreuses, les injections iodées sont aussi sûres dans leurs résultats que simples dans leur emploi, et, depuis l'année 1832, M. Lugol injecte, non sans succès, des solutions d'iode plus ou moins concentré dans les trajets fistuleux qui proviennent des articulations affectées de maladies scrofuleuses.

Quelle que soit, du reste, la part de chacun dans l'application des in-

septembre dernier. J'ai discuté la question dans mes leçons à la clinique de la Charité, et un article inséré dans le tome XXI de votre *Bulletin*, page 292, laisse deviner ce que j'avais déjà fait alors sous ce point de vue. C'est d'ailleurs un historique que je rétablirai avec toute l'exactitude possible, et de manière à rendre scrupuleusement à M. Bonnet ce qui lui appartient, dans le travail étendu que je prépare depuis longtemps sur l'emploi des injections iodées en général. Mille amitiés.

« VELPEAU.

« 19 novembre 1842. » (*Note du Rédacteur.*)

jections iodées au traitement des hydarthroses, la question qu'il importe d'examiner actuellement est celle de savoir quels sont les résultats que produisent ces injections, et de rechercher si, en transportant aux hydarthroses les traitements démontrés utiles dans les hydrocèles, on n'a pas dépassé les bornes d'une rigoureuse analogie. La réponse à ces questions se trouve directement dans les faits que je vais citer; mais il me semble convenable de reprendre d'abord la question de plus haut, et d'apprécier les effets qu'ont produits les opérations jusqu'à présent pratiquées dans les hydarthroses du genou. Une analyse attentive de ces résultats démontrera d'abord que la ponction du genou est loin d'avoir les dangers qu'on lui attribue généralement, et que l'idée qu'on se fait de ces dangers vient surtout de ce que l'on a confondu les effets des ponctions du genou avec ceux de l'ouverture large de cette articulation.

Dans l'article qu'il a consacré aux hydropisies des articulations, Boyer a fait connaître l'histoire de quatre malades dont les genoux furent ouverts pour des épanchements séreux. La première de ces opérations est empruntée à Lassus, la seconde à Warner, et la troisième à Schlichtiuy.

Dans toutes on voit qu'il se forma de la suppuration dans le genou; que l'on fut obligé de faire des contre-ouvertures, et que les malades ne guérirent qu'en conservant de la raideur dans l'articulation opérée.

Le quatrième fait rapporté par Boyer est emprunté à l'Essai sur l'hydropisie, de Monro le fils. Il s'agit d'un malade chez qui l'ouverture du genou fut suivie d'un abcès tellement grave que l'amputation fut nécessaire.

Sans aucun doute, si tous les cas d'ouverture du genou par de grandes incisions eussent été publiés, on ne trouverait pas trois cas de guérison sur quatre tentatives, car les abcès du genou ne guérissent pas trois fois sur quatre. Mais il me suffit d'avoir prouvé par les faits ce qu'il était facile, du reste, de déterminer *à priori*, que l'incision du genou entraîne la suppuration à sa suite, pour faire comprendre tout le danger de cette opération.

Il n'en est pas de même de la simple ponction; comme dans les hydrocèles, elle ne peut procurer une guérison durable, mais elle n'entraîne pas de dangers. On trouve dans la Chirurgie de Boyer, tome IV, l'observation de deux malades chez lesquels on ponctionna le genou avec le trocart. Dans aucun cas il ne survint d'accidents, mais le liquide se reproduisit constamment quelques jours après. Un troisième fait rapporté page 485, semble conduire, au premier abord, à des conclusions moins favorables que les deux précédents. Il s'agit d'une hydarthrose du genou que Boyer ponctionna deux fois, le 27 septembre et le 28

octobre, et sur laquelle un charlatan fit une troisième ponction, en laissant en place, pendant plusieurs jours, la canule du trocart. Le malade mourut, mais évidemment la suppuration du genou qui l'entraîna fut une conséquence du séjour imprudent d'une canule qui faisait pénétrer l'air dans l'articulation, et non de la ponction elle-même, qui ne fut suivie d'aucun accident tant qu'elle fut pratiquée avec des précautions convenables.

En voyant ainsi que les dangers généralement attribués à l'ouverture du genou ne s'observent que dans les cas où l'ouverture a été faite par une large incision, et dans ceux où la canule du trocart a été laissée en place ; en voyant la simple ponction innocente par elle-même, on éloigne de son esprit l'un des préjugés qui pouvaient faire juger trop défavorablement toute tentative d'opération sur le genou affecté d'hydarthrose, et l'on se prépare à ne pas repousser sans examen l'idée des injections iodées, dont je vais traiter à présent d'une manière spéciale.

Manuel opératoire des injections iodées dans l'articulation du genou. — Les injections iodées dans le genou doivent être faites comme dans l'hydrocèle.

Le lieu que l'on doit choisir pour faire la ponction est évidemment la partie de la membrane synoviale qui est placée au-dessus de la rotule. C'est dans cette partie que la fluctuation est la plus évidente, et que l'on peut trouver le guide le plus sûr pour enfoncer le trocart à une profondeur convenable ; car, en poussant celui-ci jusqu'à ce que sa pointe touche la partie antérieure du fémur, l'on est assuré que la canule plonge dans le liquide que contient l'articulation.

La position dans laquelle le membre doit être placé au moment où l'on fait la ponction, est celle où la jambe est étendue sur la cuisse. Dans cette position, les surfaces articulaires du tibia et celle du fémur pressant l'une contre l'autre dans une grande étendue, le liquide est refoulé en avant et écarte la rotule et le triceps de la face antérieure du fémur ; la main d'un aide, appuyée sur la tumeur du côté opposé à celui sur lequel on veut faire la ponction, aide à refouler le liquide dans le lieu où le trocart doit être plongé. L'on peut indifféremment faire pénétrer celui-ci sur le côté interne ou sur le côté externe de la membrane synoviale.

Dans tous les cas, on le fait pénétrer à la profondeur de 2 centimètres au moins, et l'on ne s'arrête que lorsque la pointe a touché la face antérieure du fémur.

Avant de faire cette piqûre, on fait faire un pli à la peau, et l'on pique celle-ci à la base du pli. A l'aide de cette précaution, l'ouverture de la peau et celle des muscles cessent de correspondre dès que les tégu-

ments sont abandonnés à eux-mêmes ; l'on est plus assuré alors d'empêcher la pénétration de l'air dans l'articulation.

Lorsque le trocart a été convenablement enfoncé, on voit s'écouler à travers la canule, aussitôt après que le poinçon a été retiré, un liquide visqueux et transparent. Je n'ai jamais vu ce liquide s'échapper par un jet comme dans les hydrocèles; je l'ai toujours vu sortir en bavant à travers la canule; jamais je n'ai cherché à le faire sortir en totalité, et je me suis toujours contenté d'en laisser échapper seulement 2 à 3 centilitres, quantité égale en volume à celle du liquide que je voulais injecter. J'avais toujours eu soin de tenir le pavillon de la canule élevé, afin que cette canule restât toujours pleine de liquide, et que dans l'injection je ne fisse point pénétrer de l'air dans la cavité synoviale.

Du liquide à injecter. — Si l'on choisit une solution iodée pour l'injecter dans le genou, on peut faire usage de toutes les variétés de solutions iodées que l'on emploie dans l'hydrocèle; ainsi, l'on peut injecter de la teinture d'iode pure, de la teinture d'iode étendue d'eau, une partie de cette teinture, par exemple, sur sept parties d'eau, comme le fait M. Velpeau dans l'hydrocèle; ou bien enfin l'on peut se servir, à l'exemple de M. Lugol, de cette même solution d'iode, à laquelle on ajoute une partie d'iodure de potassium, afin de faciliter la solution d'iode.

Dans la plupart des observations que je citerai, je me suis servi de la teinture d'iode pure.

J'avais cru devoir recourir à cette préparation, parce que, ayant toujours le soin de ne laisser échapper qu'une très-petite quantité de liquide du genou, et en laissant par conséquent la plus grande partie dans la jointure, je pensais qu'il était utile de se servir d'une préparation très-active pour que sa puissance ne fût pas affaiblie par son mélange avec la sérosité restant dans le genou.

L'expérience ne m'a pas prouvé que ce choix fût défavorable; cependant, considérant aujourd'hui que l'alcool peut coaguler la sérosité contenue dans le genou, et que la proportion d'une partie d'iode sur deux parties d'eau suffit en général pour produire une inflammation suffisante dans l'hydrocèle, je conseillerais de préférence la solution suivante :

Eau.	16 grammes.
Iode	2 grammes.
Iodure de potassium	4 grammes.

Cette solution, ne contenant pas d'alcool, ne peut pas coaguler l'albumine; et lors même qu'elle est étendue par la sérosité qu'on doit tou-

jours laisser dans le genou, elle doit être suffisamment active; c'est celle dont j'ai fait usage dans mes dernières opérations.

La quantité de liquide à injecter ne doit jamais dépasser celle du liquide que l'on peut faire sortir du genou, et si l'on se conforme au précepte que je donne d'en faire sortir une petite quantité pour éviter l'entrée de l'air, on n'injectera dans le genou jamais plus de 15 à 20 grammes de liquide.

Précautions à prendre après l'opération. — Le résultat immédiat des injections iodées dans le genou étant une inflammation aiguë, il importe de prendre toutes les précautions pour que cette inflammation ne devienne pas suppurative.

Dans ce but, et pour éviter les distensions douloureuses du genou, l'on place le membre dans une des gouttières que j'ai fait construire pour les maladies des articulations; dans ces gouttières, dont j'ai fait sentir tous les avantages dans un mémoire publié en 1839 (*Gaz. Médicale*), le membre est étendu, il repose sur sa face postérieure, et il ne peut se renverser ni à droite, ni à gauche. Par là on évite ces distensions douloureuses des enveloppes du genou, et ces tendances aux luxations spontanées, qui aggravent si fort les maladies du genou lorsque les malades font reposer leur membre tout entier sur le côté interne ou sur le côté externe du genou (1).

Le membre déposé dans ces appareils y reste jusqu'à ce que l'inflammation aiguë soit dissipée, et que la résolution ait fait de grands progrès.

Dans tous les cas que je citerai, j'ai pu me borner à de simples précautions ; une seule fois, cependant (Voyez l'observation de Sylvestre), l'inflammation a été si intense, si prompte dans sa marche, la tension consécutive au gonflement si considérable, que j'ai cru devoir enfoncer de nouveau le trocart dans le genou, afin de donner issue à la sérosité trop abondante.

Résultats produits par les injections iodées dans les hydarthroses du genou. — J'ai fait des injections iodées dans le genou,

1° Pour des hydarthroses;

2° Pour des abcès froids. Je vais d'abord parler des premières.

A en juger par l'analogie des hydrocèles et des hydarthroses, on prévoit sans peine que c'est dans les hydropisies articulaires que l'on a dû obtenir les résultats les plus satisfaisants. Jamais, dans ces hydropisies, les injections iodées n'ont été suivies de suppuration, et toujours l'inflammation aiguë consécutive a cessé de produire des douleurs après deux ou trois jours.

(1) On trouve ces gouttières chez M. Jance, à Lyon, quai Villeroi, n° 2, et chez M. Charrière, à Paris.

Quant aux résultats curatifs, on conçoit sans peine qu'ils n'aient pas présenté la même constance que les effets immédiats ; les hydarthroses offrent trop de variétés sous le rapport de leur ancienneté et de leur complication, pour qu'un même moyen puisse les améliorer ou les guérir avec une égale certitude. L'on sait, du reste, que les injections dans l'hydrocèle sont loin d'avoir un succès constant. Il est des hydrocèles très-anciennes, et devenues cartilagineuses, qui ne guérissent que par l'incision et même l'excision ; des injections irritantes sont impuissantes à les guérir : celles-ci doivent également échouer et échouent en effet dans les hydarthroses très-anciennes et avec induration de la membrane synoviale.

Voici l'observation détaillée des hydarthroses que j'ai traitées par les injections iodées.

Obs. I. *Hydarthrose du genou gauche datant de trois mois, sans gonflement du tissù cellulaire; injections iodées dans le genou; guérison prompte et durable. — Chez le même malade, hydarthrose du genou droit; injections iodées huit jours après le début de la maladie; guérison également prompte et durable.* — Louis Sylvestre, âgé de vingt-huit ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, n° 84, le 1er septembre 1841. Ce jeune homme, naturellement assez fort, ne présentait à cette époque qu'une constitution singulièrement détériorée par l'action d'un séjour de deux ans dans des appartements humides, et d'une syphilis constitutionnelle consécutive à des chancres et des bubons qu'il avait contractés à l'âge de vingt-six ans. Ces deux causes réunies avaient produit des douleurs très-intenses qui parcoururent diverses articulations, et que MM. Beaumès, à l'Antiquaille, et Brachet, à l'Hôtel-Dieu, traitèrent avec un succès incomplet par les mercuriaux, les bains de vapeur et les sudorifiques. Vers le commencement de juillet 1841, ces douleurs cessèrent de se faire sentir dans les autres articulations et se reportèrent tout entières sur le genou gauche. Deux mois après que cette articulation eut commencé à être malade, L. Sylvestre entra à l'Hôtel-Dieu. Il était dans l'état suivant :

Le genou gauche est le siége d'un gonflement très-considérable qui offre les caractères les plus évidents de l'accumulation d'un liquide dans cette articulation. Les tissus qui séparent ce liquide de la peau ne paraissent pas épaissis, la peau n'est pas rouge et sa chaleur n'est pas augmentée. Cependant, malgré cette absence de symptômes inflammatoires, les douleurs sont extrêmement vives, et le malade ne peut goûter aucun repos; tout mouvement est impossible, la face est pâle, la maigreur générale, les forces très-abattues, quoiqu'il n'y ait point de fièvre.

Pensant que les vives douleurs qu'éprouvait ce malade pouvaient tenir à la position du membre, qui était fléchi et reposait sur la partie inférieure de sa face externe (position dont j'ai démontré les graves inconvénients), je fis étendre la jambe et la plaçai dans une des gouttières que j'ai fait construire pour les maladies du genou. Le malade, très-impatient, ne put s'assujettir à l'immobilité qu'entraînait l'emploi de ce moyen contentif. J'essayai les cataplasmes, les sangsues, au nombre de trente; plus tard, des vésica-

toires ammoniacaux, saupoudrés d'hydro-chlorate de morphine. Je repris le traitement par les sudorifiques et les mercuriaux ; tous ces moyens restèrent sans résultat.

Le 11 septembre, je m'absentai, et je fus remplacé par M. Colrat, qui fit usage à l'intérieur du camphre et de l'opium, et qui revint à l'emploi des sangsues, et plus tard fit placer de larges vésicatoires autour du genou.

Tous ces moyens restèrent sans résultat, et lorsque je repris le service, vers le commencement d'octobre, je trouvai le malade presque aussi souffrant, et le genou aussi volumineux qu'à l'époque de son entrée, qui avait eu lieu un mois auparavant.

Le 4 octobre, je me décidai à faire la ponction du genou avec un trocart; je laissai écouler deux centilitres à peu près d'une sérosité semblable à celle de l'hydrocèle, et j'injectai dans l'articulation 15 grammes de teinture d'iode que je laissai en place.

La douleur produite par cette injection fut assez vive, et le jour même où elle fut faite, le genou devint rouge, douloureux, et prit un volume plus considérable qu'avant l'injection; la nuit fut agitée, et il y eut de la fièvre.

Mais dès le lendemain, le genou cessa d'être rouge et distendu, et la douleur fut moindre qu'avant l'opération. Pendant quatre jours la tuméfaction fut à peu près stationnaire; mais à partir de cette époque, elle diminua si rapidement, ainsi que les douleurs et la difficulté des mouvements, que le malade put se lever vers le sixième jour, et que le 12 octobre, onze jours après l'opération, il se promenait dans les cours de l'hôpital. Chose étrange, sa santé générale n'avait pas éprouvé moins d'amélioration que son genou; il avait plus d'appétit et plus de force.

Cependant, tandis que le genou gauche, après être resté si longtemps gonflé et douloureux, éprouvait, sous l'influence de l'injection iodée, une amélioration inespérée, le genou droit devenait le siége d'une hydarthrose aiguë aussi douloureuse et aussi volumineuse que celle du genou gauche; en quatre jours, elle avait acquis tout son développement. Je dis alors au malade : « Vous voyez avec quelle rapidité le genou gauche a été guéri par l'injection iodée, après avoir été vainement traité par plusieurs autres remèdes ; le genou droit se prend à son tour; à quoi bon recommencer sur lui une longue série d'applications infructueuses? Décidez-vous, dès le début, à une nouvelle injection. » Il se décida, et le 16 octobre, douze jours après la première opération, je lui fis sur le genou droit une opération semblable à la première. La sérosité qui sortit par le trocart était citrine, légèrement épaisse.

Cette nouvelle opération fut suivie d'une inflammation effrayante par sa rapidité et son intensité, le malade poussa des cris pendant toute la journée. Quarante sangsues appliquées à quatre heures du soir ne produisirent aucun soulagement; le gonflement, beaucoup plus considérable qu'avant l'opération, alla toujours en augmentant; la tension de la peau était extrême. A sept heures du soir, effrayé de la marche rapide du gonflement, je n'imaginai rien de mieux pour la faire cesser que de plonger de nouveau le trocart dans le genou; il en sortit environ deux centilitres de sérosité limpide qui n'avait ni la couleur ni l'odeur de l'iode. De ce moment, toutes les douleurs cessèrent, et deux jours après, le genou n'était pas plus volumineux qu'avant l'opération. Sa diminution fut si rapide, et tous les symptômes inflammatoires disparurent avec tant de promptitude, que le 25 octobre, neuf jours

après l'opération, le malade sortit, marchant sans difficulté, et n'ayant plus aucune trace de ses deux hydarthroses.

Depuis cette époque, j'ai revu Sylvestre plusieurs fois dans les mois d'août et de septembre de cette année-ci ; il a fait un nouveau séjour à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une fracture du bras, et j'ai pu constater de nouveau que ses genoux n'offraient pas la plus légère trace de gonflement, et que tous leurs mouvements s'exécutaient aussi facilement que s'ils n'eussent jamais été malades.

Obs. II. *Hydarthrose des deux genoux, sans gonflement du tissu cellulaire; injections iodées dans les deux genoux, trois mois après le début du mal. Guérison après un mois de traitement.* — Cette observation a été recueillie par M. Martin. Je vais l'extraire textuellement de sa thèse.

Au milieu du mois de mai 1841, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au nº 118 de la salle Saint-Paul, une jeune fille de seize ans, nommée Marie B.....; elle était des environs de Lyon, d'un tempérament lymphatique, mal réglée. Depuis trois ans elle portait deux hydarthroses chroniques du genou ; elle avait marché les pieds nus sur la terre humide, et ce fut quelques jours après cette imprudence que les articulations se gonflèrent; elle n'a jamais éprouvé de douleurs vives; elle a toujours continué à marcher et à travailler. On sent de la fluctuation dans les deux genoux; il n'y a pas de chaleur ni de rougeur à la peau; la rotule est soulevée par le liquide; la maladie n'a jamais affecté une marche aiguë, et n'a été soumise à aucun traitement local. On s'est contenté de combattre la constitution un peu scrofuleuse, et on a administré des remèdes internes pour établir la menstruation d'une manière régulière.

Quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, on ponctionna ses deux tumeurs le même jour; il en sortit une petite quantité de sérosité, et l'on injecta dans chaque articulation 30 grammes de teinture d'iode.

Les précautions les plus minutieuses furent observées afin d'éviter l'introduction de l'air dans la cavité articulaire.

La réaction inflammatoire fut intense; la nuit suivante il y eut de la fièvre, de l'insomnie, un peu d'agitation, et même un commencement de délire; les genoux se tuméfièrent, la peau devint rouge, tendue, brûlante. Le lendemain, la malade eut des nausées et des vomissements. Pendant trois jours cet état aigu persista : on prescrivit 20 grains d'ipécacuanha, et la malade recouvra l'appétit. Après ces trois jours, l'inflammation s'apaisa, et les genoux commencèrent à diminuer, et diminuèrent rapidement.

Sur ces entrefaites, je quittai le service pour quelques jours, et lorsque je rentrai à l'hôpital, le 8 juin, la malade était partie, marchant bien, et presque complétement guérie. La maladie s'était terminée par résolution, et les ouvertures faites par le trocart n'avaient pas laissé échapper une seule goutte de liquide.

Obs. III. *Hydarthrose des deux genoux; absorption probable des cartilages; injections iodées deux ans après le début de la maladie; grande amélioration.* — Jeanne-Marie Massacrier, âgée de vingt-sept ans, demeurant à Saint-Just, pays marécageux, dans lequel on est soumis aux fièvres intermittentes, eut ses règles supprimées à l'âge de seize ans, après s'être

mouillée. Cette suppression occasionna un rhumatisme articulaire aigu qui se prolongea pendant quatre mois. Depuis, elle n'eut aucune maladie jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. A cette époque, elle se laissa tomber d'un arbre, ses genoux se tuméfièrent, et elle resta quinze jours sans pouvoir marcher; bien que plus tard elle pût faire quelques pas sans trop de difficulté, ses genoux restèrent très-volumineux, et deux ans après le début de sa maladie elle entra à l'Hôtel-Dieu. Le 22 mai 1842, elle offrait tous les signes d'un épanchement de liquide dans l'articulation. L'absence de gonflement dans les parties molles environnantes, l'ensemble de la constitution, qui n'offrait pas les caractères de la diathèse purulente, firent penser que ce liquide était de la sérosité. Des craquements que la malade ressentait dans le genou pendant la marche faisaient toutefois penser qu'il y avait une absorption des cartilages.

Pendant les deux premiers jours, on couvrit l'articulation avec plusieurs vésicatoires volants; il ne se manifesta aucune diminution.

Le 14 juin, on injecta dans chaque genou la solution suivante:

Eau.	15 grammes.
Iode.	1 gramme.
Iodure de potassium. .	2 grammes.

L'inflammation aiguë qui suivit cette injection fut très-intense; dès le soir même du jour de l'opération, les genoux furent extrêmement tuméfiés, rouges, et la malade ne goûta pas de repos pendant quarante-huit heures. Le troisième jour, les douleurs et le gonflement commencèrent à diminuer; à partir de ce moment, l'amélioration fut extrêmement rapide, et dix jours après l'injection, l'on ne pouvait plus reconnaître aucune fluctuation distincte, les genoux n'étaient guère plus gros que dans l'état normal; à cette époque, la malade commença à se lever, mais la marche était toujours assez difficile. Le 12 juillet, près d'un mois après l'injection, elle sortit de l'hôpital; la tumeur du genou avait presque complétement disparu, mais la marche, quoique moins difficile qu'avant le traitement, n'était pas sans difficulté, la malade sentait toujours des craquements dans le genou.

Obs. IV. *Hydarthrose du genou droit avec gonflement du tissu cellulaire, datant de plus de trois mois; deux injections dans le genou à deux mois douze jours de distance; guérison presque complète après trois mois de traitement.* — J'extrais l'observation suivante de la thèse déjà citée de M. Martin.

Jean-Isaac Bovard, âgé de trente-quatre ans, est sujet depuis douze ans à des douleurs rhumatismales. Depuis le 1er mai 1841, ces douleurs sont venues se fixer sur le genou droit et ont abandonné tout le reste du corps. Son médecin l'a traité inutilement par les ventouses, les vésicatoires, les applications émollientes et résolutives. Ce n'est que lorsqu'il n'a plus pu marcher qu'il est entré à l'Hôtel-Dieu, le 5 août 1841, dans le service de M. Bonnet.

A l'examen du genou, on constata l'existence d'une hydarthrose chronique; mais, de plus, il y avait un empâtement des parties molles extérieures de la jointure, et des fongosités dans la cavité synoviale. Point de rougeur ni de chaleur à la peau, pas de gonflement, pas de déviation des os; les mouvements de flexion et d'extension s'exécutent avec facilité; ce n'est que lorsque le malade veut appuyer son pied sur le sol, qu'il souffre.

Le genou malade, comparé au genou sain, offre les dimensions suivantes:

Genou malade : à la partie supérieure.		40	centimètres.
—	— moyenne	41	—
—	— inférieure.	33	—
Genou sain : à la partie supérieure..		37	—
—	— moyenne.	38	—
—	— inférieure.	33	—

Le 7 août, on pratiqua la ponction du genou; on en fait sortir environ 30 grammes de sérosité, et on injecte autant de teinture d'iode. Après cela, on exerce une légère compression sur l'articulation, et le membre est maintenu étendu et immobile dans une gouttière en fil de fer.

La réaction fut peu marquée immédiatement; le malade souffrit à peine de la présence de la teinture d'iode dans la cavité synoviale. Pendant la nuit du 8 au 9 août, il y eut de la chaleur, de la tension dans le genou, une douleur assez vive; le malade fut agité et ne dormit pas. Le lendemain, tout était calmé; il ne sortit pas une goutte de liquide de la jointure.

Après huit jours, le malade ne souffrait plus, mais le genou n'avait pas diminué. Avant de recommencer les injections, on voulut essayer des cautères et des moxas. En conséquence, le 20 août, on établit deux cautères en dedans de l'articulation, l'un au-dessus, à la cuisse, l'autre au-dessous, sur la jambe. Ces deux cautères furent entretenus pendant un mois seulement.

Le genou offrait toujours le même aspect; toutefois, il n'y avait plus de douleur, et le malade commençait à marcher assez bien. Au commencement du mois d'octobre, on brûla deux moxas, l'un en dedans de la rotule, l'autre en dehors.

Le 19 octobre, les dimensions du genou malade sont encore les mêmes que celles que nous avons déjà indiquées, sauf 5 millimètres de diminution survenue à la suite de la première injection. La peau du genou offre la coloration normale; le tissu cellulaire est toujours empâté; on sent la fluctuation et la présence de fongosités dans la cavité synoviale. La santé générale du malade est bonne, il mange avec appétit et prend des forces.

Ce jour-là on enfonça le trocart en dehors et en arrière de la rotule; il sortit deux cuillerées d'un liquide clair, jaunâtre, sans flocons. On injecta ensuite une quantité, égale en volume, de teinture d'iode. Les douleurs furent assez vives, la tumeur augmenta de volume, le genou devint chaud et brûlant, mais sans rougeur à la peau; la réaction ne dura que vingt-quatre heures. Le membre, mesuré au moment où il offrait le plus de gonflement, offre les dimensions suivantes :

Genou malade.	42, 43, 35	centimètres.
— sain..	37, 38, 33	—

Le genou resta engourdi et immobile pendant les deux jours qui suivirent l'injection : au troisième jour, il commença à diminuer.

On pratiqua alors une légère compression avec des circulaires de bande; la tumeur diminua rapidement, et le malade ne ressentit aucune douleur.

Le 23 octobre, on ne sent plus aucune trace de fluctuation; la pression peut s'exercer dans tous les points sans causer la moindre douleur. Le malade ne s'est pas encore levé depuis la dernière opération; cependant, il meut très-facilement son membre. La tumeur offre les dimensions suivantes :

Partie supérieure.	39	centimètres.
— moyenne.	40	—
— inférieure.	33	—
Genou sain : partie supérieure.	38	—
— — moyenne.	30	—
— — inférieure.	33	—

Au 31 octobre, le malade marche très-bien, sans claudication; il peut appuyer tout le poids de son corps sur le membre malade. Plus de douleurs, plus de fluctuation; il reste seulement un peu d'empâtement dans les parties molles extérieures. Point de déviation dans la direction du membre. Le patient obtient la demi-flexion sans peine, mais il lui est impossible de se mettre à genoux. En appuyant la paume de la main sur la rotule, et faisant exécuter à la jambe des mouvements de flexion et d'extension, on perçoit un léger frottement entre les os, ce qui indiquerait l'absorption des cartilages dans quelques points.

L'état général du malade est satisfaisant; il prend chaque jour une douche de vapeur depuis qu'il peut marcher, et il trouve que son genou devient de plus en plus flexible. Il sort dans les premiers jours de novembre pour reprendre ses travaux.

Obs. V. *Hydarthrose du genou, avec gonflement des parties molles; deux injections iodées dans le genou à deux mois de distance, vésicatoire, moxa, etc.; diminution dans le volume de la tumeur, gêne plus grande dans les mouvements.* — Jean-Jacques Dufournel, âgé de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 22 février 1842, pour y être traité d'une hydarthrose du genou droit, qui avait commencé treize ans auparavant. Cette hydarthrose, assez volumineuse, était accompagnée de gonflement des parties molles qui entourent l'articulation du genou, et spécialement de celles qui sont placées sur les côtés du ligament rotulien.

Après l'emploi de quelques frictions résolutives, on fit dans le genou une injection iodée semblable à celle qui fut mise en usage dans la troisième observation. Comme toujours, cette injection fut suivie d'une inflammation aiguë qui fut douloureuse pendant deux à trois jours; elle ne produisit aucune diminution dans la tumeur.

A la fin d'avril, des vésicatoires volants, appliqués en grand nombre autour de l'articulation, produisirent une diminution assez sensible dans la quantité du liquide contenu dans le genou. Cependant, cette diminution étant loin d'être complète, le 14 avril je fis une nouvelle injection semblable à la première. Cette seconde opération ne produisit qu'une amélioration peu satisfaisante, et lorsque le malade sortit, dans le cours du mois d'août, son genou était moins volumineux qu'à l'époque de son entrée; mais soit l'effet d'un repos longtemps prolongé, soit effet des injections, les mouvements du genou étaient plus difficiles, et la marche pouvait être moins longtemps soutenue.

Les cinq malades dont je viens de rapporter l'histoire sont les seuls que j'aie traités d'hydarthroses du genou par les injections iodées; mais comme les trois premiers ont eu les deux genoux affectés et ont été opérés des deux côtés, et que chez les deux derniers le genou malade a été

injecté à deux reprises ; on voit que je résume ici le résultat de dix opérations.

Dans tous les cas, il y a eu, après l'injection, une inflammation aiguë et douloureuse de l'articulation du genou ; dans un seul cas (observation de Sylvestre), l'inflammation a été assez intense pour que j'aie cru devoir donner issue au liquide résultant de l'inflammation, par une ponction nouvelle. Constamment les douleurs ont cessé le deuxième et le troisième jour; jamais il n'y a eu de suppuration, jamais la piqûre n'est restée fistuleuse, jamais, en un mot, l'injection iodée n'a produit d'accident.

Chez les deux premiers malades, opérés l'un et l'autre aux deux genoux, nous avons obtenu une guérison aussi prompte que durable. Moins de deux semaines après l'opération, les malades ont pu marcher librement, et la tumeur avait disparu ; il n'y avait pas eu seulement, comme on voit, absorption du liquide épanché, il y avait eu rétablissement des fonctions du genou. Ces deux malades étaient jeunes (seize et vingt-huit ans) ; chez l'un et l'autre l'hydarthrose était récente ; elle datait de huit jours dans un cas, de trois mois à peu près dans les autres ; enfin, il n'y avait ni craquement dans le genou, ni gonflement des parties molles extérieures à la synoviale.

Dans la troisième observation, les résultats ont été moins complets; le liquide s'est résorbé, mais les mouvements du membre ne se sont pas complétement rétablis ; il est à remarquer que les cartilages paraissaient absorbés en partie, et que la maladie durait depuis deux ans.

Dans le quatrième cas, la guérison a eu lieu à peu près complétement, tant sous le rapport de la diminution du genou que sous le rapport du rétablissement des fonctions. Cependant ces résultats n'ont été obtenus qu'après trois mois et demi de traitement, deux injections successives et l'emploi de divers moyens accessoires. La raison des difficultés que l'on a rencontrées dans ce cas se trouve évidemment dans cette circonstance, que l'inflammation chronique avait été assez intense pour envahir les parties molles extérieures à la synoviale, comme le peu d'ancienneté de l'hydarthrose, qui ne remontait qu'à trois ou quatre mois, explique le succès obtenu.

Dans le cinquième cas, les injections ont été suivies d'une diminution lente et incomplète de la tumeur du genou et d'une gêne un peu plus grande dans les mouvements de cette articulation. Ces résultats doivent être attribués à ce que l'hydarthrose était très-ancienne (elle datait de douze ans), et à l'extension du mal, qui avait gagné le tissu cellulaire sous-aponévrotique et sous-cutané.

D'après ces faits, on voit que les injections iodées peuvent être prati-

quées sans danger dans les genoux affectés d'hydarthrose, et l'on peut espérer qu'elles procureront une guérison prompte, complète et durable, lorsque l'hydarthrose sera sans aucune complication et aura moins de trois ou quatre mois de durée.

Lorsque l'hydarthrose coexiste avec l'absorption des cartilages ou avec le gonflement des parties molles extérieures, et qu'elle date de plus d'une année, les injections iodées ne peuvent produire des résultats promptement avantageux; elles se bornent à aider à la guérison, et celle-ci est toujours longue à obtenir, et souvent incomplète.

Les faits indiqués par M. Velpeau, dans sa communication à l'Académie des sciences, démontrent, comme ceux que je viens de citer, l'innocuité des injections iodées dans les articulations; mais je ne puis dire s'ils confirment ou non les conclusions thérapeutiques que je viens d'exposer, car M. Velpeau n'ayant fait qu'indiquer les résultats qu'il avait obtenus, sans entrer dans aucun détail, je ne puis dire dans quelles conditions spéciales il a réussi et dans quelles conditions il a échoué. Par suite, il est impossible de prévoir ce que l'on peut espérer en se guidant sur ses observations.

Dans la plupart des cas que j'ai cités, je n'ai eu recours aux injections iodées qu'après avoir fait usage des moyens généralement usités dans des hydarthroses, et spécialement des vésicatoires volants, des frictions iodées et mercurielles, etc. Sans aucun doute, il faut recourir à ces moyens avant de se décider à pousser des injections irritantes dans le genou, et je conçois sans peine que ceux qui n'auraient pas eu l'occasion de constater, comme je l'ai fait si souvent, l'inutilité presque constante de ces moyens, et même celle des moxas, des cautères, de la cautérisation transcurrente, insistent plus que je ne l'ai fait dans les cas cités sur ces moyens préparatoires; mais quand on se rappelle que les hydarthroses sont les analogues des hydrocèles, que les résolutifs sont inutiles dans cette dernière maladie dès qu'elle date de plusieurs mois, et que, pour la guérir, tout le monde aujourd'hui recourt immédiatement à l'injection de la tunique vaginale, sans essayer les vésicatoires ou les frictions iodées, peut-être sera-t-on conduit à penser qu'il viendra une époque où l'on n'hésitera pas plus à traiter les hydarthroses du genou par des injections irritantes, qu'on n'hésite à le faire aujourd'hui dans les hydrocèles.

Dans le prochain numéro, je traiterai des injections iodées dans les abcès des articulations.

Bonnet.

MÉMOIRE SUR LE STAPHYLÔME PELLUCIDE CONIQUE DE LA CORNÉE (CONICITÉ DE LA CORNÉE), ET PARTICULIÈREMENT SUR SA PATHOGÉNIE ET SON TRAITEMENT, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR LES STAPHYLÔMES EN GÉNÉRAL.

(Suite et fin.)

XIV. *Des différents moyens employés jusqu'ici contre la conicité de la cornée.* (Suite.) — 6° *Les moyens révulsifs* ont été employés soit empiriquement, soit dans le but d'activer la résorption, pour agir sur une supersécrétion imaginaire de l'humeur aqueuse. On a recommandé les vésicatoires, les frictions avec la pommade stibiée et ammoniacale, le séton, les cautères, les moxas, etc. M. de Walther, en 1835, m'a beaucoup vanté l'action avantageuse des cautères appliqués aux apophyses mastoïdes. Toute cette classe d'agents thérapeutiques ne peut, selon nous, devenir utile que lorsqu'une maladie locale ou générale, telle qu'une ophthalmie aiguë ou chronique, ou une disposition dartreuse, rhumatismale ou autre, complique ou entretient la conicité de la cornée.

7° *Divers moyens internes* ont été tentés, les uns empiriquement, les autres d'après des indications presque toutes erronées, basées sur les causes supposées de l'affection.

La plupart de ces médicaments ont été administrés dans l'intention d'augmenter l'absorption et de diminuer la sécrétion de l'humeur aqueuse, regardée comme trop active. On a tâché de remplir cette indication par les purgatifs, la diète sévère, le proto-chlorure et le deuto-chlorure de mercure à haute dose, même jusqu'à salivation, l'hydro-chlorate d'ammoniaque, le chlorure de soude, les préparations d'or et d'iode. M. Chélius a vanté l'éponge calcinée, jointe à la digitale et aux frictions faites sur le pourtour de l'orbite avec une pommade iodurée; M. d'Ammon, la décoction de racine de polygala Sénéga.

D'autres ont eu recours aux toniques et aux altérants; M. Travers dit s'être bien trouvé des ferrugineux et de l'arsenic.

On s'est également attaché à combattre les causes indirectes probables de la maladie, telles que des affections rhumatismales, goutteuses, dartreuses actuelles ou répercutées, scrofuleuses ou syphilitiques. Outre les agents spéciaux employés en pareille circonstance, un grand nombre des moyens déjà mentionnés peuvent, en même temps, remplir cette troisième indication, qu'il est bon de ne point négliger comme auxiliaire, bien qu'employée seule elle ne puisse avoir une grande action directe sur la maladie locale de la cornée. M. Elwert s'est servi avec succès, dans un cas où d'autres moyens avaient échoué, du deuto-chlorure de mercure administré jusqu'à la salivation, joint à beaucoup d'exercice, qui

rétablit la transpiration supprimée des pieds et fit cesser des douleurs oculaires qui avaient compliqué la maladie.

Enfin, on ne peut rationnellement avoir recours à la méthode antiphlogistique que dans les cas suivants : 1° lorsque la conicité de la cornée a été précédée d'ophthalmie, dont il reste encore des symptômes plus ou moins manifestes ; 2° lorsque l'une des applications locales irritantes a produit une phlegmasie oculaire, circonstance assez fréquente ; 3° lorsque avec la maladie locale il existe des congestions cérébro-oculaires, une dysménorrhée, une pléthore abdominale ou une hypérémie générale, complications qu'il n'est pas rare de rencontrer.

C'est dans les cas de dysménorrhée concomitante que peut aussi trouver son emploi une substance médicamenteuse dont l'usage, tout à fait empirique en dehors de cette complication, n'est venu à notre connaissance que par M. de Walther. Ce grand chirurgien, dont le génie élevé ne saurait nous empêcher de défendre des opinions opposées aux siennes toutes les fois que la vérité nous semblera être de notre côté ; ce grand chirurgien, disons-nous, emploie généralement dans cette maladie les cautères appliqués derrière les oreilles, conjointement avec l'usage interne de l'essence de térébenthine. Il nous a montré, en 1835, à sa clinique du grand hôpital de Munich, une femme sur laquelle il disait avoir obtenu, par l'usage prolongé de ces moyens, un succès marqué dans un cas très-avancé de staphylôme conique. Chez cet individu, il existait encore une conicité très-notable des deux cornées ; mais la myopie, au dire de la malade, avait considérablement diminué. Dans l'impossibilité où nous nous trouvions d'attacher aucune idée thérapeutique à l'usage de l'essence de térébenthine, nous supposâmes que chez cette malade il devait y avoir eu quelque complication d'une maladie générale, telle qu'une dysménorrhée par exemple, sur laquelle le médicament avait pu exercer une action favorable. En effet, notre examen constata que cette femme, âgée d'à peu près quarante ans, avait eu une suppression de règles qui, après l'usage du médicament, étaient revenues avec abondance. C'est à ce retour favorable, joint à l'action des cautères, que nous attribuâmes l'amélioration qui avait eu lieu, mais qui était fort loin d'une guérison. Nous ne nous rappelons point si l'application de quelque topique sur les yeux avait été associée au traitement général. Depuis ce temps, nous avons plusieurs fois essayé l'usage interne de l'essence de térébenthine, à la dose de 1 à 4 grammes par jour, dans un véhicule mucilagineux ou une émulsion, contre des conicités de la cornée, compliquées d'aménorrhée ou de dysménorrhée chez des femmes, et même plusieurs fois empiriquement chez des hommes ; mais n'y ayant associé aucun moyen local, nous ne sommes nullement étonné de n'en avoir jamais

retiré aucun bon effet, bien qu'une fois son emploi ait été prolongé près de deux mois, et que la dose ait été augmentée tant que l'estomac montrait de la tolérance. Ce médicament pourrait tout au plus fournir un bon auxiliaire, lorsqu'il y a indication spéciale à cause d'une dysménorrhée ou d'une maladie des voies urinaires, etc.

8° *Traitement expectatif.* Demours, se basant sur son expérience, conforme sous ce rapport à celle de Phipps, savoir que le staphylôme pellucide de la cornée, arrivé à un certain point de son développement, s'arrête dans sa marche, et n'amène pas d'autres suites plus graves; Demours, disons-nous, conseille de n'essayer aucun traitement. C'est avouer l'impuissance de l'art et des différentes méthodes curatives préconisées; mais ce conseil se trouve en contradiction flagrante avec cette autre opinion de Demours, que la conicité de la cornée peut se terminer par la formation d'un albugo ou d'un véritable staphylôme opaque de cette membrane, ou même par sa rupture; il est en outre bien loin d'être rationnel. En effet, l'arrêt spontané de la maladie n'étant rien moins que certain et n'ayant lieu que dans la minorité des cas, la myopie au contraire devenant toujours plus ou moins un obstacle au travail, et équivalant à la cécité complète lorsque la maladie atteint son plus haut degré, il est nécessaire, et c'est un devoir pour le médecin, lors même que la guérison complète et radicale de la maladie est impossible, de tenter tous les moyens pour empêcher au moins l'accroissement du cône protubérant et du trouble visuel qui l'accompagne.

9° Comme *moyen palliatif,* on peut essayer des lunettes concaves d'un numéro très-bas, qui, dans le commencement de la maladie, rendent de très-bons services, et en général sont plus utiles quand le cône est aplati et moins saillant que lorsqu'il est pointu et plus élevé. Ici, comme dans les cas de simple myopie, il est important que le malade se serve d'abord des verres les plus faibles; mais ordinairement les numéros très-bas apportent seuls une amélioration qui, malheureusement, est rarement notable, et dont le bénéfice se perd de bonne heure par la marche progressive de la maladie. Les verres devront être choisis séparément pour chaque œil, règle généralement utile à observer, mais plus particulièrement dans la conicité de la cornée, souvent développée à des degrés fort inégaux aux deux yeux.

En vain j'ai engagé plusieurs habiles opticiens à essayer de confectionner des lunettes fortement et irrégulièrement concaves, imitant en quelque sorte, mais en sens inverse, la forme que la cornée présente dans cette anomalie. Tous, après quelques tentatives infructueuses, en ont reconnu l'impossibilité. Plus tard, j'ai trouvé que Himly avait eu la même idée, mais qu'il n'y avait cependant donné aucune suite.

La ponction de la cornée, regardée comme moyen palliatif, ne mérite pas une grande confiance, à cause de la trop rapide reproduction de l'humeur aqueuse. Quelques-uns des autres moyens, employés avec des indications et dans une succession rationnelles, peuvent d'ailleurs être regardés comme palliatifs, ainsi que nous le dirons plus tard.

10° *L'opération de l'ablation du cristallin*, soit par l'abaissement ou le broiement, soit par l'extraction, peut être placée ici comme un moyen palliatif d'un ordre plus élevé, puisque, sans modifier en rien l'état anormal de la cornée, elle change très-notablement le foyer visuel, de manière à pouvoir diminuer considérablement et quelquefois même faire cesser entièrement la myopie. N'oublions cependant point que sur les effets de cette opération, appliquée à la maladie qui nous occupe, et particulièrement sur le degré d'amélioration de la vision qu'elle peut produire, il n'existe pas un grand nombre d'observations, et que celles de Vetch et de M. Lawrence, hommes d'une probité scientifique reconnue, diffèrent de celles de sir William Adams, dont les assertions ne sont pas toujours scrupuleusement conformes à la vérité, comme nous le prouverons à une autre occasion. Ce procédé est d'ailleurs parfaitement indiqué toutes les fois qu'on ne peut réussir à guérir entièrement la maladie, c'est-à-dire lorsque des moyens rationnels de cure radicale ont échoué, ou ont laissé subsister un trouble considérable de la vision. Adams a été conduit à ce mode de traitement chirurgical par une opération de double cataracte pratiquée sur une femme affectée en même temps de conicité des deux cornées, opération après laquelle, au dire de cet auteur, la malade se conduisait et lisait bien plus facilement à l'œil nu que d'autres malades opérés ne le font d'ordinaire à l'aide de lunettes à cataracte. Ce fait, d'ailleurs, est assez vraisemblable, puisqu'en général les malades voient d'autant mieux après l'opération qu'ils ont été plus myopes avant que le cristallin n'ait perdu sa transparence. Encouragé par ce succès, il broya la lentille, dans un cas où une malade, affectée de staphylôme pellucide de la cornée sans cataracte concomitante, pouvait encore se conduire seule, tentative fort hasardée : un succès complet vint cependant la couronner, et la malade non-seulement marchait beaucoup mieux sans lunettes, mais encore, un an après l'opération, lisait à l'œil nu le plus petit caractère à environ un tiers de mètre (10 à 12 pouces) de distance, assertion dans laquelle il y a sans doute un peu d'exagération. Lorsqu'elle essayait de voir avec des lunettes à cataracte de 6 centimètre environ (30 lignes) de foyer, sa vue devenait tout aussi trouble qu'elle avait été avant l'opération. Opérée de l'autre œil un an plus tard, elle pouvait lire, selon Adams, peu de temps après l'opération, avec des lunettes à cataracte d'environ 65 millimètres (33 lignes)

de foyer. Cette différence entre les deux yeux, l'oculiste anglais l'explique par la circonstance que l'œil le dernier opéré n'avait pas pu, comme son congénère, s'exercer pendant toute une année. Adams convient cependant qu'en général il faut aux malades opérés de cette manière des lunettes, mais plus faibles qu'après l'opération de la cataracte. Vetch et M. Lawrence n'ont pas obtenu les mêmes succès de cette méthode. M. Textor, qui a eu occasion d'extraire, sur une femme âgée affectée de conicité de la cornée, le cristallin tombé dans la chambre antérieure, n'a pas vu la vision se rétablir après l'opération; mais, dans ce cas, il y avait probablement une cécité très-ancienne causée par une maladie de la rétine. Nous reviendrons sur cette opération, pour préciser les circonstances dans lesquelles elle peut trouver son application.

M. Chélius se trompe en disant qu'Adams pratiquait l'extraction du cristallin : il n'opérait jamais que par le broiement. L'extraction serait d'ailleurs très-dangereuse dans une pareille difformité de la cornée, parce que la paupière, en pressant sur le sommet de la tumeur, pourrait facilement écarter les lèvres de la plaie, accident presque toujours suivi de la procidence de l'iris, et souvent de la suppuration du lambeau et de la totalité du globe oculaire. Ce n'est qu'à des cas particuliers, comme par exemple à celui du cristallin occupant la chambre antérieure, qu'il faudra limiter l'extraction dans la conicité cornéenne.

XV. *Méthode curative rationnelle et appuyée sur l'expérience.* — Nous avons employé ou vu employer tous les moyens que nous venons de passer en revue; ils ne nous ont donné que des résultats négatifs, même dans les conicités commençantes de la cornée, et dans les kératocèles qui se transforment en staphylômes pellucides; nous avons tout au plus quelquefois empêché les progrès du mal. Sur la foi des recommandations faites en Angleterre, nous avons insisté très-longtemps, mais sans le moindre succès, sur l'instillation de l'infusion de tabac. Nous avons vu la ponction de la partie latérale du staphylôme répétée jusqu'à cinq fois sur le même œil sans amendement. Aussi la grande majorité des médecins s'accordent-ils sur l'incurabilité de cette affection. Ayant d'abord attaché peu d'importance à l'explication de la formation de cette singulière maladie, que nous avions basée sur la présence de l'opacité au sommet du cône ou dans son voisinage, nous n'essayâmes point d'en faire découler un traitement particulier. Nous employions les moyens recommandés par les auteurs, progressivement depuis les plus doux jusqu'aux plus énergiques, et, arrivé à la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, nous l'appliquions sur le sommet de la tumeur en masse, quelle qu'en fût la largeur, et nous l'abandonnions lorsqu'elle n'avait pas de résultat avantageux au bout de quelque temps, ou lorsqu'elle

produisait de l'inflammation. En 1835 la théorie que nous avons exposée nous suggéra pour la première fois l'idée d'un traitement rationnel. Il se présenta alors à notre clinique un malade d'une cinquantaine d'années, affecté aux deux yeux d'une conicité de la cornée parvenue à un très-haut degré, mais plus complète encore à l'œil droit, dans lequel la petite opacité occupait le centre du sommet. Plusieurs chirurgiens distingués, et surtout Dupuytren, dont nous conservons les ordonnances, avaient pendant longtemps traité ce malade, mais sans aucun succès. Après l'emploi également infructueux de plusieurs moyens, l'idée nous vint de cautériser méthodiquement la cornée droite avec le nitrate d'argent *sur l'opacité même*, dans le double but d'aplatir le staphylôme et de produire une cicatrice ferme capable de résister dorénavant à la distension. Plusieurs fois une ophthalmie assez forte nous força de suspendre le traitement et de nous borner à l'instillation du laudanum. Enfin, lorsque déjà une diminution considérable avait eu lieu, un nouvel accès d'inflammation violente étant survenu, le malade prétexta un besoin de repos et la nécessité de faire un voyage pour affaires, et ne reparut plus à la clinique. Je ne le revis qu'en 1839, et quels furent ma surprise et mon étonnement lorsque je le trouvai parfaitement guéri de la maladie de l'œil droit, dont la vision était devenue infiniment meilleure, et lorsque je pus me convaincre que la cornée, naturellement bombée, ne présentait plus qu'une cicatrice centrale ferme, mais peu étendue! Un dessin des deux yeux, pris avant la première cautérisation, permit d'apprécier exactement le changement survenu. Ce beau résultat, dont le bénéfice s'est conservé jusqu'aujourd'hui, tandis que la conicité de la cornée gauche, non cautérisée, est restée la même, nous fait croire que le traitement rationnel de la conicité peut, dans la plupart des cas, amener une modification très-avantageuse, et non-seulement arrêter d'une manière positive la marche de la maladie, mais encore diminuer la saillie déjà existante de la cornée et améliorer notablement la vision. Pour atteindre ce but, il suffit, selon nous, d'employer, dans une succession régulière, les moyens suivants, que le manque d'espace nous force d'indiquer seulement d'une manière sommaire. Les détails nécessaires sur le mode d'emploi de quelques-uns d'entre eux pourront être puisés dans le paragraphe précédent.

1° On touchera une à deux fois par jour la tumeur avec un pinceau imbibé de laudanum de Sydenham pur, et l'on fera bassiner immédiatement après les paupières fermées avec de l'eau froide. Le pinceau sera appliqué sur la partie opaque de la tumeur. Plus tard on pourra y associer l'usage d'une pommade de précipité rouge ou blanc, à la dose de 10 à 20 centigrammes pour 2 grammes d'axonge. 2° Tous les deux

ou trois jours, selon la tolérance de l'individu et de l'organe malade, on passera légèrement un crayon de nitrate d'argent sur toute l'étendue de l'opacité, ou tout au plus sur le sommet de la tumeur, mais non pas sur ses côtés. Si, exceptionnellement, on ne trouvait aucune opacité à la surface de la conicité, même en l'examinant à la loupe, on choisirait, pour y appliquer le crayon de nitrate d'argent ou le pinceau chargé de laudanum, l'endroit où l'on reconnaîtrait une légère facette de la cornée, semblable à celles que laissent les phlyctènes de cette membrane. Dans le cas où cette facette manquerait aussi, l'application du médicament serait faite sur la partie du staphylôme dans laquelle la cornée, touchée avec la plus grande précaution à l'aide d'un stylet très-obtus, présenterait le moins de résistance. Le motif pour lequel on doit agir ainsi, c'est que d'ordinaire cette membrane, dans la partie du sommet du cône voisine de la cicatrice, cède facilement à la pression du doigt ou d'un instrument mousse, et se laisse déprimer comme le ferait une feuille de papier ou de métal très-mince. On essuyera la surface cautérisée avec un linge fin légèrement mouillé, et on la couvrira d'un peu de cérat, auquel, en hiver, on ajoute un peu d'huile d'amandes douces; puis on fomentera l'œil fermé avec de l'eau froide. Le jour de la cautérisation, aucun autre topique ne sera employé. Si elle est bien supportée, on la rendra un peu plus vigoureuse, pour aplatir plus rapidement la saillie; mais il faut la faire très-légère lorsque la cornée se montre fort mince. Il faudra continuer ces cautérisations pendant un à deux mois, s'il est nécessaire; mais plus on aura besoin de les multiplier, plus on les éloignera les unes des autres. Inutile d'ajouter qu'elles devraient être suspendues de temps à autre pour 4 à 8 jours, dans le cas où surviendrait une irritation inflammatoire, que l'on combattrait par les fomentations froides, même glacées, et au besoin par un traitement antiphlogistique approprié. Moins le développement du staphylôme sera avancé, plus il faudra que la cautérisation soit légère et circonscrite. 3° Si la tumeur avait un volume très-considérable, et si, par d'autres causes, la diminution de la maladie se faisait trop lentement, on pourrait joindre aux moyens indiqués la ponction pratiquée selon les règles que nous avons établies, et, au besoin, même la compression. On pourrait, par exemple, alterner les moyens dans la succession suivante, sauf à les employer à des intervalles plus éloignés, en les mesurant toujours sur la susceptibilité individuelle : premier jour, ponction et fomentations froides; deuxième jour, compression graduée; troisième jour, cautérisation et fomentations froides; quatrième jour, compression; puis, pendant deux à trois jours, l'application journalière du laudanum, accompagnée de la compression. Au bout de ce temps, on recommencerait à parcourir le

même cercle, jusqu'à guérison. A mesure que l'amélioration deviendrait sensible, on devrait diminuer l'activité du traitement. 4° A ce traitement serait associé, suivant les indications déjà posées, l'usage des moyens internes et des exutoires capables de combattre des causes encore agissantes, ou des complications, telles que la dysménorrhée, la congestion cérébrale, une affection scrofuleuse, syphilitique, dartreuse ou autre. 5° Dans les cas où la cure radicale est impossible, ce traitement sera au moins le plus puissant palliatif. On n'aura recours au broiement ou à l'abaissement du cristallin qu'après avoir épuisé toutes les chances d'une guérison complète. Dans les cas d'une cicatrice large occupant le sommet de la tumeur, cette opération ne présente que de bien faibles chances d'amélioration de la vision, et on sera quelquefois forcé d'avoir recours, en outre, à l'opération de la pupille artificielle. En général, on ne permettra au malade que l'emploi des lunettes les plus faibles : ce n'est que longtemps après que le traitement est terminé, et que le foyer de la vision est devenu définitif, qu'on peut graduer le numéro des verres sur le degré de la myopie ; car le malade restera toujours plus ou moins myope.

Dans les kératocèles où l'on ne voit point d'opacité, et où il est difficile de reconnaître si la partie proéminente de la cornée a moins d'épaisseur dans un point quelconque de son étendue, le caustique sera indistinctement promené sur tout le sommet de l'élévation; mais on l'appliquera plus légèrement, pour ne point donner lieu à une perforation ou à une cicatrice profonde et étendue. Le traitement sera d'ailleurs le même.

Depuis un mois nous avons eu occasion de faire encore une application très-heureuse de notre méthode, bien qu'avec une modification nécessitée par un accident qu'il sera bon de noter. Un malade d'une quarantaine d'années, que nous avions déjà traité à plusieurs reprises, dans l'espace de quinze ou dix-huit mois, pour une conicité de la cornée plus forte à gauche, mais qui avait toujours refusé de se soumettre à la cautérisation, par la raison que la vision même de l'œil gauche suffisait encore pour ses travaux; ce malade, disons-nous, se présenta de nouveau à notre clinique, se plaignant d'une diminution très-notable de la vision de l'œil gauche, survenue depuis une semaine environ. L'examen de cet œil montra en effet une augmentation notable de la conicité, sans accroissement de l'opacité assez foncée dont son sommet était le siége. Nous crûmes devoir sans retard procéder à la cautérisation de l'opacité. Tel était l'amincissement de la cornée dans toute l'étendue du sommet de la tumeur, que sous la pression d'un crayon mousse de nitrate d'argent, quelque légère qu'elle fût, cette membrane pliait et se renfonçait

considérablement en dedans. C'est sans doute cette facilité avec laquelle la cornée cède à la pression qui a été décrite par quelques auteurs comme une fluctuation; elle ne prouve réellement que sa *minceur*. Aussi chez notre malade, quelque superficielle que nous nous fussions efforcé de rendre la cautérisation, le surlendemain, à la chute de l'escharre, existait-il un kératocèle considérable. Nous ne revînmes plus à l'emploi du caustique; mais, malgré une inflammation assez intense, nous touchâmes régulièrement tous les jours la hernie cornéenne avec le laudanum de Sydenham pur, tout en administrant quelques purgatifs et quelques frictions d'onguent napolitain belladoné. Nous eûmes la satisfaction de voir le kératocèle s'affaisser après huit jours, et se changer, au bout de quelques semaines, en une cicatrice solide aplatie et peu étendue. En même temps la saillie de la cornée diminuait notablement, et la vision s'éclaircissait à proportion; de sorte qu'actuellement elle est devenue beaucoup meilleure qu'elle n'était il y a quelques mois. L'amélioration augmentant tous les jours, nous n'avons même point encore cru opportun de recourir à une nouvelle cautérisation; il est possible que l'usage local du laudanum suffise, dans ce cas, pour amener la guérison complète et radicale.

Les effets de cette méthode curative sont d'autant plus satisfaisants qu'encore dernièrement un médecin anglais, M. Walker, pour remédier à la même maladie, a pratiqué aux deux yeux, d'abord l'opération de la pupille artificielle, puis celle de l'extraction du cristallin, puis enfin sur l'un des yeux l'opération de la cataracte secondaire, répétée à deux fois. Le résultat de ce cumul de six opérations fut que l'œil opéré quatre fois recouvra parfaitement la vue, tandis que l'autre fut détruit par la fonte purulente après la seconde tentative opératoire, savoir l'extraction. (***Provincial medical and surgical journal***, **1842**, juin ou juillet, extrait dans la ***Gaz. méd. de Paris***, **1842**, N° 44). Ce fait justifie en même temps notre observation sur la préférence à donner, dans cette maladie, au broiement ou à l'abaissement (Voir XIV, 10°).

Nous serions heureux si notre travail, en jetant quelque lumière sur plusieurs points obscurs de la pathogénie d'une maladie rare et grave, peu connue par la majorité des médecins, pouvait contribuer à en établir la thérapeutique sur des bases plus sûres et plus rationnelles.

Sichel, D. M.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LE LACTUCARIUM, LA MANIÈRE DE L'OBTENIR, ET SES PROPRIÉTÉS MÉDICALES,

Par M. H. AUBERGIER, docteur ès sciences, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

Lorsqu'on pratique des incisions aux tiges de la laitue montée à l'époque de la floraison, il s'en échappe un suc laiteux d'une grande amertume, qui se dessèche rapidement au contact de l'air : ce suc a été nommé *lactucarium*. Dioscoride, Celse, Galien, l'ont comparé au suc de pavot; et dans ces derniers temps, le docteur Coxe, de Philadelphie, rappelait l'attention sur lui. A son exemple, Duncan et quelques-uns de ses compatriotes l'expérimentaient à Édimbourg, et le docteur Bidault de Villiers répétait en France les expériences faites en Amérique et en Angleterre. Tous ces observateurs s'accordaient à reconnaître que le lactucarium possède les propriétés calmantes de l'opium, sans en avoir les inconvénients, c'est-à-dire qu'il ne produit ni la constipation opiniâtre ni la congestion cérébrale qui accompagnent souvent l'usage de ce médicament.

Le docteur Duncan assure même que le lactucarium réussit souvent là où l'opium a échoué ; qu'il calme la toux qui ruine les forces des phthisiques, et il prétend que son action est toute spéciale dans les affections nerveuses, les maladies des hypocondriaques.

Anderson dit avoir traité avec succès, par ce médicament, l'asthme spasmodique, la coqueluche, des spasmes d'estomac, des douleurs rhumatismales, des attaques de goutte irrégulières, des spermatorrhées rebelles. Enfin Schelinger se loue de l'emploi du lactucarium associé à la digitale dans les affections du cœur et l'angine de poitrine, surtout lorsque ces affections étaient compliquées d'hydropisies et de palpitations.

Comme par incisions on recueille de si petites quantités de suc que le docteur Bidault de Villiers avoue n'en avoir jamais possédé à la fois plus de 15 grammes, on a été obligé de remplacer le lactucarium par un extrait préparé avec la plante entière. Dans cet extrait, connu sous le nom de thridace, le principe actif, concentré dans le suc laiteux, se trouve noyé dans les substances insignifiantes contenues dans l'eau de végétation, si tant est même qu'il y existe ; car l'analyse va nous démontrer que ce principe actif étant presque insoluble dans l'eau froide, il doit rester dans les marcs au lieu de passer dans le suc destiné à la préparation de l'extrait. Il en résulte que la thridace est un médicament inoffensif, et

les médecins qui s'en sont aperçus avant que la théorie vînt les en avertir, ont presque entièrement renoncé à l'employer.

On peut donc s'attendre à n'obtenir les résultats constatés par les premiers observateurs, qu'en employant le suc laiteux lui-même, le lactucarium. Il importait dès lors que l'on fît de nouveaux efforts pour surmonter les difficultés qui ont empêché jusqu'ici de mettre ce produit à la disposition des praticiens. Tel est le but que je me suis efforcé d'atteindre par plusieurs années d'essais : grâce à mes efforts, le lactucarium pourra prendre place désormais au rang des médicaments les plus utiles et les plus efficaces.

M. le docteur Bertrand fils, professeur à l'École préparatoire de Clermont-Ferrand, et inspecteur adjoint des eaux du Mont-d'Or, a expérimenté le lactucarium préparé par moi, et les observations de cet habile praticien confirment tout ce qui a été avancé sur les propriétés de ce médicament.

J'ai voulu me rendre compte de la composition du lactucarium, et m'expliquer les vicissitudes éprouvées dans la pratique médicale par les préparations de laitue ; voici les substances qui ont été isolées par mon analyse.

Une matière amère cristallisable, de la mannite, de l'asparamide, une matière cristallisable colorant en vert les sels de fer, une résine électro-négative combinée à la potasse, une résine indifférente, de l'ulmate de potasse, de la cérine, de la myriune, de la pectine, de l'albumine, de l'oxalate acide de potasse, du malate de potasse, du nitrate de potasse, du sulfate de potasse, du chlorure de potassium, des phosphates de chaux et de magnésie, et des oxydes de fer, de manganèse, de la silice.

La substance la plus remarquable indiquée dans cette analyse, est certainement la matière amère, cristallisable, qui est au lactucarium ce que la morphine est à l'opium, à cela près que l'une est neutre et l'autre alcaline : cette matière, soluble dans l'alcool faible et l'alcool fort, aussi bien à chaud qu'à froid, est presque insoluble dans l'eau à froid, et plus soluble à chaud ; elle est complétement insoluble dans l'éther ; elle s'altère très-rapidement au contact des alcalis.

Ces propriétés étant bien constatées, car elles ont été reconnues par les commissaires chargés de ce soin par l'Académie de médecine, l'analyse nous permet maintenant d'expliquer les contradictions qui se sont élevées entre les auteurs sur les propriétés calmantes de la laitue. Lorsqu'on prépare la thridace avec le suc obtenu en exprimant les tiges entières contusées, ce suc ne doit entraîner qu'une très-petite quantité du principe amer, puisque nous avons vu que ce principe est très-peu solu-

ble dans l'eau froide. M. Bertrand a remarqué en effet, comme l'indique la théorie, que les solutions aqueuses du lactucarium, faites à froid, sont douées de propriétés moins énergiques que le lactucarium lui-même, fût-il employé à doses relatives moins élevées.

On court en outre le risque de l'altération que peut éprouver, pendant l'évaporation, une substance que nous avons vue si altérable, en même temps que l'on perd inévitablement le principe volatil qui donne à l'eau de laitue les propriétés calmantes que lui a reconnues M. Martin Solon, propriétés qui la font employer depuis si longtemps en médecine.

Aussi la thridace n'a-t-elle pas cette saveur amère, cette odeur vireuse si prononcée qui caractérisent le lactucarium; taudis que ce produit est brun, friable et très-sec, la thridace est noire, molle et déliquescente. Cette différence dans les propriétés physiques et chimiques nous explique comment M. le docteur Fouquier a pu administrer des doses très-élevées d'un extrait de laitue sans observer d'autres effets qu'une augmentation dans la sécrétion des urines, due sans doute au nitrate de potasse, dont nous avons signalé la présence.

On voit donc dans ces faits de nouvelles preuves à ajouter à tant d'autres pour démontrer l'inconvénient, je dirai même le danger, d'introduire des modifications dans la préparation des produits pharmaceutiques dont l'expérience a constaté les propriétés; c'est la thridace qui a fait négliger le lactucarium, et qui a empêché qu'on ne fît de nouvelles tentatives pour l'obtenir en grand; d'abord parce qu'on croyait que cette préparation possédait les propriétés du lactucarium, et plus tard parce qu'on enveloppait tous ces produits dans une proscription commune. Cette proscription n'est pas méritée pour le lactucarium, on vient de le voir : ce médicament me paraît destiné à devenir, je ne dirai pas le succédané, mais bien le rival de l'opium; son emploi doit être d'autant plus utile que son action semble spécifique dans les affections nerveuses, si communes de nos jours. On peut de plus y avoir recours alors que l'usage de l'opium serait dangereux, et que l'on aurait surtout à redouter les résultats de la congestion cérébrale, que ce médicament entraîne souvent après lui.

Voici le résultat des observations de M. Bertrand fils, relativement aux propriétés médicales du lactucarium.

Le sirop et les pilules de lactucarium ont été administrés concurremment à un certain nombre de malades. L'un et l'autre jouissent de propriétés sédatives marquées, moins puissantes toutefois que celles de l'opium; mais ils possèdent sur ce dernier un avantage précieux : jamais leur usage, même prolongé et à des doses assez fortes, n'est suivi des douleurs de tête, des bourdonnements, de l'injection de la face, du

sentiment de mal-être général, de l'élévation et de la dureté du pouls, qui succèdent presque inévitablement à l'action un peu soutenue de l'opium ; on n'aperçoit rien enfin de la congestion et de l'excitation cérébrales déterminées par ce dernier.

Sous ce rapport donc, et la chose n'est pas sans importance, le lactucarium doit être préféré toutes les fois qu'il faut obtenir un effet sédatif général, sans intéresser le cerveau aussi fortement que le fait l'opium. Ainsi, des faits acquis par les premières expérimentations, l'on est autorisé à conclure que l'on se trouvera bien du sirop et des pilules de lactucarium dans un grand nombre de ces affections désignées vaguement sous le nom commun de névroses; affections qui peuvent aller porter tour à tour sur tous les organes sans y déterminer d'ailleurs aucune lésion grave, aussi capricieuses et variées dans leurs formes qu'insaisissables dans leur nature. Souvent, au reste, elles se montrent en même temps qu'une maladie organique grave, soit qu'il y ait simple coïncidence, soit qu'elles dérivent de cette affection elle-même. Dans ce cas encore le lactucarium se montre utile ; non certes qu'il ait action sur le mal essentiel, mais il diminue ou fait disparaître complétement un mal secondaire souvent très-fatigant. C'est ainsi, par exemple, que dans un cas bien déterminé de phthisie pulmonaire, les pilules de lactucarium à la dose de trois par jour, le matin, à midi et le soir, ont éteint d'une manière complète et durable, et dès le troisième jour, une toux fréquente, profonde, convulsive, empêchant tout sommeil, et usant ainsi avec une double rapidité les forces du malade.

Ces deux médicaments indiqués ont paru réussir d'une manière évidente dans quelques cas de gastralgie, de névralgie faciale, d'asthme purement nerveux, c'est-à-dire sans lésion appréciable de l'appareil pulmonaire ou circulatoire.

La dose n'a jamais dépassé deux onces pour le sirop et six grains pour les pilules. On a jugé inutile de pousser plus loin ces doses, un médicament, de cette nature surtout, ne devant prendre un rang sérieux dans la thérapeutique qu'à la condition de présenter d'abord, eu égard aux grands hôpitaux, certains avantages d'économie, et surtout, en ce qui concerne la pratique générale, de se montrer actif sans que les malades soient fatigués ou dégoûtés par la nécessité de le prendre sous un trop fort volume.

H. Aubergier.

UNE OBSERVATION SUR L'EAU DE LAURIER-CERISE.

L'eau de laurier-cerise, comme je l'ai dit dans ma thèse inaugurale (1836), constitue un médicament variable dans sa constitution chimi-

que, et partant un mauvais médicament, qui devrait peut-être être rayé de la matière médicale. Cette variation de constitution tient à plusieurs causes : 1° de ce que tous les pharmacologistes ne retirent pas la même quantité d'eau à la distillation; 2° de l'âge et de l'époque de la végétation, et sans doute aussi de la température de l'année; 3° enfin, de l'époque plus ou moins éloignée de sa préparation.

Les données que je viens de rapporter ont été naguère amplement confirmées, dans le *Journal de pharmacie,* par M. Garot. Ce pharmacien s'est, en effet, assuré par l'expérience que les feuilles de laurier-cerise donnent à la distillation une eau qui est d'autant plus prussique que la saison à laquelle on la récolte est plus chaude et plus avancée; ainsi, la proportion d'acide prussique que renferme leur eau distillée, préparée en avril et en juillet, est bien différente : en avril, elle est moitié moindre qu'en juillet.

Puisqu'il est donc aujourd'hui surabondamment démontré que l'eau de laurier-cerise n'a pas et ne peut avoir toujours le même degré d'action, ne serait-il pas convenable de remplacer cet hydroolat par de l'eau distillée d'amandes amères, que l'on pourrait se procurer en tout temps dans un état beaucoup plus voisin d'identité? Persuadé que cette substitution, que j'ai proposée depuis longtemps, est des plus rationnelles, j'ai fait préparer à plusieurs reprises de l'eau d'amandes amères, et je me suis assuré par l'analyse que sa composition est toujours très-sensiblement la même, contrairement à ce que j'ai constaté pour l'hydroolat de laurier-cerise.

L'eau distillée d'amandes amères contient une proportion d'acide prussique aussi élevée, *pour le moins*, que l'eau de laurier-cerise préparée dans les conditions les plus favorables; aussi constitue-t-elle un médicament énergique, dont le médecin doit surveiller l'emploi avec la plus grande attention. MIALHE.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE STAPHYLÔME PELLUCIDE CONIQUE DE LA CORNÉE, RECUEILLIES A LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE M. LE PROFESSEUR A. BÉRARD PAR M. LHOMMEAU, CHEF DE CLINIQUE, ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX.

J'ai lu, dans les derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique,* la première partie d'un mémoire très-intéressant de M. Sichel, *sur le staphylôme pellucide conique de la cornée, et particulièrement sur sa pathogénie et son traitement, etc.* Je crois d'autant plus utile d'y

rattacher l'histoire de deux cas de cette affection rare des yeux, qui viennent de se trouver réunis dans le service d'ophthalmologie de M. le professeur A. Bérard, à la Pitié, qu'ils ont présenté plusieurs symptômes qui ne se trouvent point comptés parmi ceux des malades de M. Sichel, et qu'ils me paraissent échapper à la loi de pathogénie qu'il a adoptée. Je vais d'abord rappeler celle-ci en peu de mots, ainsi que les symptômes donnés par M. Sichel, avant de rapporter mes observations; puis je ferai ressortir ce qu'elles ont offert de particulier; je communiquerai au lecteur des objections à la théorie précitée, qui me paraissent basées sur la nature des faits, enfin je parlerai du traitement qui a paru rendre service à une de nos malades.

Les symptômes du staphylôme pellucide conique de la cornée, décrits par M. Sichel, sont, en première ligne, la conicité de cette membrane; puis viennent l'agrandissement proportionnel de la chambre antérieure, l'éclat luisant de la proéminence, dans un cas (Textor) la fluctuation, la myopie plus ou moins prononcée, mais constante; enfin un dernier symptôme très-important et qui ne manque jamais, *la présence d'une légère opacité qui se trouve au sommet, ou près du sommet du cône pathologique*. C'est sur cette taie ou cicatrice *superficielle* blanc-bleuâtre ou blanchâtre, plus ou moins foncée, s'effaçant peu à peu à la circonférence, et dont l'étendue est variable, que M. Sichel base sa théorie. Il pense que la cornée, amincie dans ce point, se distend sous l'influence de la projection des humeurs de l'œil produite par le jeu des muscles, et finit par former une protubérance.

Le lecteur est maintenant mieux en mesure de suivre les analogies et les différences qu'ont présentées nos malades, dont voici les observations :

Obs. I. Le 22 septembre 1842, on fait passer du service de M. Serres, où elle était depuis quinze jours, au n° 10 de notre salle de maladies d'yeux, une femme nommée Annette Stourm, âgée de vingt-huit ans, cuisinière depuis onze ans qu'elle est à Paris (elle est de Thionville). Sa constitution est robuste, son tempérament lymphatique sanguin. Elle est bien réglée depuis l'âge de quatorze ans, et mère d'un enfant de dix ans. Sa santé n'est pas mauvaise; cependant elle est fort sujette à des maux de tête, qui sont plus violents du côté droit, qui reviennent ou augmentent sous l'influence des contrariétés, et quelquefois s'accompagnent de fièvre : dans ce cas elle est fort malade pendant quelques jours. Ses parents n'ont jamais eu de maux d'yeux, elle-même n'en est atteinte que depuis huit mois. A cette époque elle eut de la rougeur à l'œil en même temps qu'une fluxion et des douleurs de dents. On lui arracha l'incisive latérale et la première petite molaire supérieures droites; depuis, son œil a toujours pleuré, et la vue s'est affaiblie. Elle ajoute que vers l'époque de ses règles elle souffre de l'œil, qu'il devient rouge, mais qu'immédiatement après cette époque, la vision lui semble plus parfaite. Du reste, cette femme est fort peu intelligente et rend très-mal compte de ses antécédents.

Maintenant il y a une légère dysharmonie dans la direction des deux yeux; l'œil droit est un peu porté en haut et en dehors, les mouvements en sont faciles; les paupières et les conjonctives oculaires sont parfaitement saines : cet œil semble plus brillant que le gauche. La cornée paraît plus petite, mais elle est beaucoup plus convexe; elle a la forme d'un cône dont le sommet obtus est situé un peu en bas et en dehors du centre de la pupille. La base du cône n'embrasse pas toute l'étendue de la cornée, deux ou trois millimètres de ses parties interne et supérieure ne paraissent pas participer à la déformation. Du reste, la membrane est d'une transparence parfaite, quel que soit le mode d'examen auquel on la soumette. La conicité est fort marquée à travers la paupière supérieure quand l'œil est fermé. L'iris, de couleur rousse foncée, paraît un peu plus clair qu'à gauche; il paraît aussi plus profond, mais il a conservé sa direction normale; les pupilles sont parfaitement pareilles dans leur étendue, leurs mouvements et leur coloration. La malade est devenue très-myope de ce côté, elle distingue à peine les objets éloignés; à deux pieds elle les voit comme à travers un voile; elle ne distingue de grandes lettres qu'en les approchant à trois pouces. En regardant au moyen de la partie interne de son œil, elle distingue mieux; elle reconnaît ainsi facilement des pièces de monnaie à trois pieds. Il lui semble que son œil est plus gros; plusieurs fois par jour, et plus souvent la nuit, elle est prise de douleurs qui ont la forme d'élancements violents et qui ont leur siége derrière l'œil et dans la tempe droite. Quand elle fixe quelques instants son regard, son œil malade pleure considérablement; quand on l'examine, il se remplit d'eau immédiatement.

Cette malade fort indocile a voulu s'en aller avant qu'on ait pu tenter chez elle aucune espèce de traitement. Je l'ai revue depuis, son état n'avait pas changé : elle a dû suivre le traitement que je lui ai conseillé, qui consiste en collyre astringent, bains généraux, purgatifs répétés et diurétiques.

Obs. II. La nommée Marie Moret est venue d'Aquin (Yonne) à Paris dans le commencement d'octobre, pour faire guérir ses yeux; elle a vingt-trois ans, ses occupations ont toujours été le travail des champs, elle n'est réglée que depuis deux ans, et fort mal; il s'est passé jusqu'à six mois sans qu'elle voie rien : sa constitution est forte, son tempérament lymphatique et sanguin, ses cheveux sont d'un blond foncé, ses iris bleus. Jamais elle n'a été malade que des yeux, sauf cependant des migraines vers dix-sept à vingt ans. Ses parents ainsi que deux frères et autant de sœurs n'ont jamais eu de maux d'yeux. Ses premières ophthalmies datent de son enfance; elles paraissent avoir été quelquefois accompagnées de photophobie et de larmoiements intenses; d'autres fois il semble qu'elle n'ait eu que des conjonctivites catarrhales. L'œil droit a été plus souvent affecté que le gauche, et depuis plusieurs années la vision est faible de ce côté-là. Celle du côté gauche s'affaiblit aussi graduellement depuis la moisson dernière; mais elle ne peut nous dire si l'affaiblissement est le même que celui du côté opposé. Dès le moi de mai, elle avait aux deux yeux une rougeur qui ne s'est dissipée que depuis un mois, et pour le traitement de laquelle elle n'a employé qu'un collyre de bonne femme de son pays.

Les médecins l'ont engagée à venir à Paris. A son arrivée, elle est entrée à l'Hôtel-Dieu, où M. Blandin lui a fait mettre un séton au cou; mais elle a été renvoyée de son service au bout de peu de jours, et elle est rentrée à la Pitié. En examinant cette malade en face et du pied de son lit, on découvre d'abord un strabisme divergent de l'œil droit. En regardant cet organe de plus près, les paupières paraissent saines, sauf un peu de rougeur à leur face muqueuse, au niveau des cartilages. Les conjonctives ne sont point injectées. La cornée est beaucoup plus saillante que du côté gauche. Sa forme est celle d'une cône, dont la base large embrasse presque toute la circonférence de la membrane (sa partie interne participe moins à la déformation), et dont le sommet assez large et obtus est situé un peu en dehors du centre de la pupille ; son aspect est brillant, mais il n'est pas transparent dans toute son étendue : en dehors du sommet et hors du champ de la pupille moyennement dilatée on trouve une petite taie opaline, irrégulière et de deux millimètres environ de diamètre. Autour d'elle, la cornée paraît légèrement dépolie. Quand les paupières sont closes, on voit encore la saillie produite par le staphylôme. L'iris et les milieux de l'œil ne paraissent pas altérés; le premier paraît seulement un peu plus profond. La malade n'éprouve dans l'œil aucune douleur, non plus que dans la tête. Elle est très-myope de ce côté; elle voit bien les corps qui sont situés devant elle à une dizaine de pieds, mais elle ne reconnaît que ceux qui sont brillants. A six pieds elle voit bien la couleur jaune d'un papier que je lui présente, mais elle ne peut distinguer que c'est du papier; elle ne peut reconnaître de grosses lettres du cahier de visite, qu'en les approchant à trois pouces environ, et en les éclairant fortement; elle voit un peu plus facilement en regardant par le côté interne. Quand on l'a ainsi exercée quelques instants, le trouble de la vision augmente, l'œil pleure, puis elle ne distingue plus rien. Du côté gauche, où la vision s'affaiblit aussi en permettant de voir les objets distants moins clairement qu'autrefois, la cornée présente plusieurs petites taies disséminées très-superficielles; la courbure paraît aussi exagérée, mais aucune partie ne paraît plus particulièrement saillante.

Ces observations présentent réunis tous les symptômes que nous avons résumés en commençant. Ainsi la conicité est fort apparente et facile à constater même après l'occlusion des paupières, car elle se traduit par une saillie très-marquée de ces voiles mobiles. La cornée est brillante, l'iris un peu profond. La myopie est très-considérable, et tout à fait en rapport avec la conformation pathologique de la membrane et les progrès du mal; ainsi on l'a vue s'accroître avec le temps, et elle est plus marquée en dehors où la convexité est aussi plus considérable, et moins prononcée en dedans où la déformation ne s'est pas étendue.

Cette altération de la vision est due à la convexité de la cornée. Les physiologistes n'ignorent pas cela, mais il n'en est pas moins intéressant de noter ces cas où on la voit en quelque sorte naître, et où on peut la rallier à sa cause.

Ce symptôme est *presque nécessairement* lié à un autre, dont cependant M. Sichel ne fait pas mention, je veux parler du *strabisme*...: nos

deux femmes l'ont présenté, mais je dois prévenir qu'on ne l'apprécie bien qu'en regardant les malades en face et à quelque distance. Il s'explique naturellement par les changements qui surviennent dans la force visuelle relative des deux yeux. Il ne me paraît pas non plus difficile de dire pourquoi dans ces deux cas le strabisme est divergent; c'est qu'il reste en dedans un point dont les conditions physiques se rapprochent de l'état normal, et que l'instinct, prompt et intelligent dans ses actes, quoique l'intelligence n'y soit pour rien, dirige naturellement ces points vers les objets extérieurs en même temps qu'il éloigne ceux qui rendraient la vision confuse.

Avant de quitter ce qui a rapport à la conicité de la cornée, je dois ajouter que la situation du sommet du cône en dehors de l'axe antéro-postérieur de l'œil ne permet pas de supposer que la difformité n'est que l'exagération de la courbe naturelle du miroir de l'œil, dont le point culminant est situé en dedans de cet axe.

L'une de nos malades, la première, a présenté encore des particularités importantes. Il semblait évidemment chez elle que la grande circonférence de la cornée du côté malade fût un peu moins large que celle du côté sain, comme si elle avait perdu dans ce sens ce qu'elle avait gagné en saillie.

Il y avait un larmoiement presque continuel que le plus léger exercice ou un examen même très-rapide de l'œil augmentait considérablement. Enfin cette femme accusait un sentiment de plénitude dans l'orbite et des douleurs dans le fond de cette partie et dans la tempe du côté malade.

J'ai négligé à dessein, pour y revenir avec plus de détails, la légère opacité que M. Sichel a constamment rencontrée chez les malades qui se sont présentés à son observation, et qui est la base de sa théorie; elle manquait chez une de nos malades, et il est impossible qu'elle nous ait échappé; nous l'avons *cherchée* avec soin, avec nos yeux, avec la loupe, dans toutes les positions; jamais nous n'avons pu la découvrir.

Plusieurs circonstances me portent à refuser à cette taie l'importance que M. Sichel lui accorde. D'abord, et ceci est capital, elle peut manquer, et cela prouve déjà qu'elle n'est pas *nécessairement* liée à l'existence du staphylôme pellucide de la cornée; ensuite, son absence même ne prouve pas qu'il n'y a pas eu ulcération et amincissement consécutif. Qui ne sait en effet, et M. Sichel le sait mieux que personne, qu'il s'en faut bien que tous les ulcères de la cornée soient suivis de taie? bien mieux, il peut se produire entre les lames de la cornée un épanchement interstitiel de lymphe plastique, puis une taie, sans qu'il y ait eu ulcération et amincissement. Ainsi, d'une part, le staphylôme en question pouvait être le

résultat mécanique de l'amincissement de la cornée *sans qu'il y ait de taie*, et d'autre part la taie ne permet pas d'*affirmer* qu'il y a eu amincissement.

Il me semble rationnel d'admettre que la cornée, comme bien d'autres organes, peut être le siége d'un amincissement interstitiel dont la cause, il est vrai, nous échappe; mais qui n'en existe pas moins, et le fait anatomopathologique que M. Sichel emprunte à la thèse de M. Schmidt m'en paraît un exemple. En effet, autour de l'amincissement central considérable et graduel que présentait la cornée, il y avait une altération inverse, c'est-à-dire un épaississement considérable, homogène, portant sur les lames moyennes de la cornée, et qui était là comme pour témoigner du travail profond qui s'était opéré dans l'œil. La cécité congéniale du sujet de cette observation, mort à cinquante-neuf ans, et qui n'était due ni à des taies légères, ni à la simple conicité, prouve encore qu'il y avait là bien autre chose qu'une lésion mécanique.

En admettant le mécanisme proposé par M. Sichel, je comprendrais qu'une ulcération *profonde* amenât la saillie des lames postérieures, la formation d'un cône circonscrit ayant pour base le fond de l'ulcère et un peu des parties voisines soulevées, un kératocèle, en un mot; mais il semble difficile d'admettre : 1° que le soulèvement devienne général; 2° qu'il soit indifférent que la tache, et partant l'amincissement, soit au sommet ou seulement *près du sommet* du cône; 3° qu'une ulcération *superficielle*, et M. Sichel insiste plusieurs fois sur cette condition, produise un pareil résultat; 4° enfin, que celui-ci soit si rare, quand les conditions physiques de sa production sont si communes.

En résumé, sans nous prononcer sur la nature et la pathogénie des deux cas que nous avons observés, nous ne les croyons point le résultat d'une lésion purement physique et mécanique, et il nous semble que les faits que nous avons rapportés, l'anatomie pathologique, l'analogie et le raisonnement combattent également la doctrine de M. Sichel. Le traitement qui a été mis en usage paraît aussi concourir au même but. Espérant faire disparaître la taie que nous avons notée chez notre seconde malade, M. Bérard prescrivit l'attouchement de celle-là avec un pinceau chargé de créosote pure. Voici ce que nous avons observé. Cet attouchement est fort douloureux; la cornée va aussitôt se cacher sous la paupière supérieure; il survient un larmoiement considérable; l'œil rougit en quelques instants, mais bientôt cette congestion si vive et si subite cesse; la douleur disparaît, ainsi que la rougeur, et tout rentre dans l'ordre au bout d'un quart d'heure environ. Nous n'oserions pas dire que la taie a diminué sensiblement, mais la malade dit que sa vue s'est un peu améliorée, et il nous semble que déjà la conicité a diminué. — Ce résultat,

tend, comme nous l'avons déjà dit, à nous faire penser que ce n'est pas là une affection mécanique. Il semble que cette vive révulsion modifie quelque chose dans la vie de l'organe de la vision.

Le paragraphe par lequel nous finissons est sans contredit le plus important pour la pratique, et les objections que nous avons cru pouvoir adresser à la théorie de M. Sichel ne nous empêchent pas d'être des plus impatients de lire la seconde partie de son travail, et d'apprendre quels moyens lui ont réussi dans le traitement d'une affection en général si réfractaire à l'action des médicaments (1). LHOMMEAU,
chef de clinique.

UN MOT SUR L'EMPLOI DES OPIACÉS DANS LE TRAITEMENT DES GASTRALGIES.

Les considérations intéressantes sur la gastralgie et sur son traitement, publiées par M. Sandras dans le numéro du mois d'août dernier, méritent, il me semble, de fixer l'attention des médecins; car il est souvent difficile d'arriver à une thérapeutique heureuse, quand il s'agit du traitement des névropathiques.

Après avoir distingué les différentes espèces de gastralgies qui conduisent à des indications thérapeutiques toutes spéciales, ce praticien recommande la morphine administrée après les repas, comme un moyen très-précieux dans les cas de véritable névralgie stomacale.

Je suis d'autant plus heureux de voir cet agent médicamenteux préconisé par un médecin aussi distingué, que depuis plusieurs années j'emploie également les opiacés, immédiatement après le repas, dans les cas à peu près analogues à ceux cités par cet honorable confrère. Dernièrement encore, appelé en consultation auprès d'une religieuse de la Providence, qui, malgré tous les moyens employés, vomissait depuis plusieurs mois tous les aliments qu'elle prenait, et qui était dans un état d'émaciation et de décoloration effrayante, je vis le sirop d'opium, pris par cuillerées à café immédiatement après le repas, calmer de suite les accidents, à tel point qu'au bout de quelques mois cette religieuse avait pour ainsi dire retrouvé son état de santé habituel.

Au reste, cette méthode thérapeutique, que j'ai signalée à la page 284 de mon Mémoire sur le régime alimentaire (2), est employée depuis fort

(1) Cette partie du mémoire de M. Sichel se trouve précisément dans ce numéro. MM. Bérard et Sichel, qui travaillaient sans se communiquer leurs résultats, les trouveront consignés ici sur des pages voisines. Nos lecteurs ne peuvent que profiter de la comparaison des travaux de ces deux habiles praticiens. (*Note du rédacteur.*)

(2) *De la gastrite et du régime alimentaire* (ouvrage couronné); Paris, chez Germer-Baillière.

longtemps par un des praticiens les plus distingués de notre ville, le docteur Thomas Desplantes, dont j'ai tâché de mettre à profit les conseils éclairés et bienveillants. Depuis lors j'ai varié cette médication de plusieurs manières, et voici la formule à laquelle je me suis arrêté :

Sirop de fleurs d'oranger........	90 grammes.
Extrait aqueux thébaïque........	15 centigrammes.
Extrait d'aconit...............	1 décigramme.

Prendre une cueillerée à café de ce sirop deux fois par jour, immédiatement après le repas.

Sous l'influence de ce sirop opiacé, j'ai vu quelquefois survenir un narcotisme léger qui s'est promptement dissipé, et j'ai le plus souvent réussi, grâce à lui, à calmer et même à guérir entièrement des gastralgies qui avaient résisté pendant longtemps à toute espèce de traitement.

PADIOLEAU, D. M.,
A Nantes.

BIBLIOGRAPHIE.

Abrégé élémentaire de chimie considérée comme science accessoire à l'étude de la médecine, de la pharmacie et de l'histoire naturelle. Par J.-L. LASSAIGNE, *professeur de chimie et de physique à l'École royale vétérinaire d'Alfort, etc. 3e édition.*

Au temps de Lavoisier, de glorieuse mémoire, un abrégé élémentaire de chimie était une chose facile à mettre à la portée du plus grand nombre des chimistes, tant la science était alors bornée, tant les règles générales qui la régissaient paraissaient simples et inébranlables dans leurs bases. Il n'en est plus de même aujourd'hui; un pareil travail est bien autrement difficultueux. Depuis cette mémorable époque, la partie de la chimie qui a rapport aux minéraux s'est enrichie d'une foule de faits nouveaux, et la partie qui traite des êtres organisés a été créée pour ainsi dire de toute pièce; aussi ne craignons-nous pas d'être démenti en avançant ici qu'un ouvrage de chimie résumant convenablement en deux volumes les principes de cette belle science, est une œuvre véritablement méritoire. Tel est celui de M. Lassaigne, que nous nous empressons pour la troisième fois de signaler à l'attention des chimistes, et surtout des commençants, auxquels il est plus spécialement destiné.

L'accueil bienveillant que les deux premières éditions de cet estimable livre ont reçu du public scientifique, nous dispense de nous appesantir

sur son mérite absolu ; nous nous contenterons donc de dire ici que l'auteur a fait, pour cette nouvelle édition, les changements et additions qu'exigeait l'état actuel de la science. Le premier volume, comme dans les éditions précédentes, traite des notions générales préliminaires qui président aux phénomènes chimiques, de la nomenclature, de la théorie des équivalents et des atomes ; nous devons dire que ces différents articles sont tous à la hauteur de la science qu'ils exposent.

Vient ensuite l'histoire de l'air, de l'eau, placée, contrairement aux usages habituels, avant l'étude des métalloïdes et des métaux, la connaissance des propriétés chimiques de ces deux corps composés, dont le rôle est si actif et si important, ayant paru indispensable à M. Lassaigne pour l'explication d'un grand nombre de phénomènes. La description des corps simples et de la plupart de leurs composés est renfermée dans le premier volume. Cette importante partie de l'ouvrage, où brillent à la fois la précision et la clarté, est véritablement irréprochable.

Le deuxième volume, outre la description des sels, qui est faite avec beaucoup de bonheur, traite de la chimie organique en général, trop *en général* peut-être. Cette intéressante partie de la science nous a semblé très-sensiblement moins détaillée que la partie qui a rapport aux êtres dépourvus de vie, et moins au courant des diverses théories admises ou proposées depuis peu. Peut-être est-ce à dessein et par une sage réserve que l'auteur a cru devoir s'abstenir d'en parler plus longuement. Il en est très-probablement ainsi.

Ajoutons, en terminant cette courte analyse, que l'auteur a placé dans le corps de l'ouvrage quelques planches gravées sur bois, alors qu'elles lui ont paru nécessaires à l'intelligence des textes. C'est ainsi par exemple qu'on y voit figurer, à juste titre, l'appareil de Marsh modifié par l'Académie des sciences. Il est inutile d'ajouter que M. Lassaigne a conservé dans la présente édition l'excellent atlas représentant les couleurs des précipités formés par les réactifs les plus généralement employés par les chimistes. L'idée était trop heureuse pour qu'il l'eût abandonnée. En résumé, le traité de M. Lassaigne est une œuvre incontestablement utile, qui ne peut qu'accroître la juste réputation scientifique dont l'auteur jouit depuis longtemps. MIALHE.

Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérés principalement chez les hommes âgés; ouvrage entièrement fondé sur de nouvelles observations; par L.-AUGUSTE MERCIER, *docteur de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne de chirurgie*

à l'Hospice de la Vieillesse (hommes), et à l'Hôtel-Dieu, lauréat de l'Ecole pratique et des hôpitaux, etc., etc.

Depuis un certain nombre d'années, il est peu d'appareils qui soient devenus l'objet d'autant de laborieuses recherches que l'appareil génito-urinaire ; pour aborder un tel objet après tant d'auteurs qui semblaient avoir épuisé la matière, il a fallu que M. Mercier comptât beaucoup sur sa bonne étoile : eh bien, nous devons le dire tout d'abord, il a montré victorieusement qu'il y avait encore à glaner des vérités importantes dans ce champ, qui, pourtant, paraissait avoir été battu dans tous les sens. Dans cette première publication, l'auteur s'occupe à peu près exclusivement d'une lésion qui, malheureusement à un certain âge, et principalement chez l'homme, se montre bien fréquente, la rétention et l'incontinence d'urine. Quand l'un ou l'autre de ces accidents survient chez un vieillard, indépendamment de toute complication du côté de la moelle épinière, de l'urètre, et suivant la doctrine généralement admise, on attribue la rétention comme l'incontinence, et l'incontinence comme la rétention, à un affaiblissement essentiel survenu par le fait de l'âge dans la contractilité de la vessie : c'est cette doctrine, qui lui paraît complétement erronée, que M. Mercier s'attache surtout à combattre. Cette partie purement critique nous a paru en général bien traitée, et quoique nous ne soyons pas complétement convaincu que la débilité sénile ne soit pour rien dans la production des accidents dont nous nous occupons, nous reconnaissons cependant que dans un certain nombre de cas il faut admettre l'intervention d'un autre ordre de causes. C'est une chose, en effet, fort remarquable, que chez les femmes on observe si rarement ces accidents; et ce fait, bien saisi, conduit rigoureusement à rechercher une étiologie autre que l'étiologie vulgaire. Cette critique de la doctrine de l'affaiblissement sénile est rejetée trop exclusivement, suivant nous. L'auteur passe à l'exposé de ses propres conceptions sur la matière ; il cherche à établir que dans le cercle des faits, où nous nous restreignons ici par la pensée, la cause du mal réside dans l'hypertrophie de la prostate. On le voit donc d'abord, dans cette théorie, la presque complète immunité des femmes vis-à-vis du double trouble fonctionnel dont il s'agit en ce moment, s'explique parfaitement, les femmes n'ont point de prostate. — M. Mercier invoque bien d'autres raisons physiologiques ou pathologiques à l'appui de sa doctrine; nous ne pouvons que renvoyer à cette savante discussion dans l'ouvrage lui-même : mais, ce qui fournit une base bien plus solide à l'ordre d'idées qu'il cherche à faire prévaloir, il cite des faits nombreux, où l'on constate sur le cadavre la lésion de nutrition subie par la glande prostatique. Tout en reconnaissant, nous le

répétons, l'exactitude des idées de l'ancien interne de l'hospice de la Vieillesse, dans un bon nombre de cas, nous ne pouvons nous empêcher de lui soumettre ici une simple réflexion : Est-il bien certain que cette lésion, que vous constatez si fréquemment, se trouvât toujours à l'origine du mal? Quelle part faut-il attribuer dans son développement au fait seul de la rétention du liquide urinaire, à la thérapeutique usitée le plus ordinairement en pareil cas? Cette question de successibilité morbide se pose à propos de bien d'autres lésions que celle dont il s'agit ici : nous engageons l'auteur à l'aborder sérieusement; peut-être cette nouvelle étude le conduira-t-elle à présenter sa théorie sous une forme moins exclusive. Du reste, nous ne saurions mieux faire, en finissant, que de reproduire ici les conséquences dans lesquelles l'auteur formule ses idées sur le simple mécanisme suivant lequel la prostate hypertrophiée produit les divers accidents de l'excrétion urinaire : « Plus la prostate sera hypertrophiée d'une manière égale et régulière dans toutes ses parties, plus il y aura disposition à l'incontinence d'urine. Plus, au contraire, l'hypertrophie sera partielle ou irrégulière, plus la rétention sera imminente. C'est dans les cas intermédiaires aux deux catégories précédentes, qu'on voit le plus souvent l'urine sortir par regorgement. » Cette théorie est simple et plaît immédiatement à l'esprit, comme tout mécanisme qui ne tient nul compte de la vie. Vraie dans quelques cas, nous le croyons, l'est-elle toujours comme le prétend l'auteur? C'est à l'avenir, qui se charge de vérifier toute idée, de répondre à cette question : si, dans l'état actuel de la science, quelqu'un se proposait de la résoudre négativement, il devrait réfuter tout le livre de M. Mercier, et ce serait un grand travail M. Mercier se propose de traiter dans toute son étendue la pathologie de l'appareil génito-urinaire ; nous croyons fermement qu'une telle entreprise n'est point au-dessus de ses forces, et nous n'hésitons pas à l'encourager autant qu'il est en nous, en recommandant son premier volume. comme une œuvre importante par son originalité comme par l'esprit pratique, qui lui imprime d'un bout à l'autre son sérieux caractère. L'auteur n'a point jusqu'ici touché à la thérapeutique, il ne le fera qu'après avoir épuisé la pathologie des organes génito-urinaires, dans une série de travaux qui doivent se succéder rapidement.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Iodure de fer dans le diabètès sucré. — Voici une observation qui mérite un certain intérêt, car elle signale les bons effets d'un médicament

qui n'avait pas été encore employé dans la diabétès sucré. Il s'agit de l'iodure de fer. Un homme d'une quarantaine d'années, fort et d'une bonne constitution, voit, sans cause connue, ses digestions se troubler; sa peau devenir chaude et aride, sa bouche sèche, sa soif continuelle; il urine outre mesure, ses forces se perdent : il a le diabétès. Cet état durait depuis trois mois, lorsqu'il consulte un médecin qui reconnaît la maladie, et le met immédiatement à un régime animal exclusif, et à l'usage du bon vin. Deux mois entiers il mange de la viande, il use d'un vin généreux; il n'est pas mieux. Il se décide alors à se faire admettre à l'Hôtel-Dieu, où il est couché salle Sainte-Anne, nº 4, service de M. Rostan. Il est pâle, amaigri, ses chairs sont flasques; il rend par vingt-quatre heures quinze litres d'urines claires et citrines, qui, analysées par M. Bouchardat, donnent une forte proportion de matière sucrée. Il est mis aussitôt par M. Combette, qui fait le service, au régime suivant : viande rôtie demi-kilogr., une bouteille de vin de Bordeaux, bouillon gras sans pain. — Fort peu de pain pour manger la viande, — limonade et tisane de chicorée pour boisson. A ce régime, qui avait été déjà suivi pendant deux mois sans aucun succès et sans aucune espèce d'amélioration, on ajoute un gramme d'iodure de fer divisé en quatre pilules à prendre dans les vingt-quatre heures. Trois jours s'étaient à peine écoulés qu'il y avait un mieux notable dans l'état général, et que les urines étaient réduites à douze litres par jour. La diminution fut tellement rapide, que le dixième jour les urines ne dépassaient guère les boissons ingérées que d'un litre, et que déjà l'analyse n'indiquait dans ce fluide que des traces de sucre. L'amélioration fut croissante à tel point que le vingtième jour le malade voulut quitter l'Hôtel-Dieu; il était complétement guéri. Déjà, depuis huit jours, la soif était dissipée, les urines ne contenaient plus de sucre, et étaient à peu près à l'état normal pour la quantité; les forces étaient revenues. Dans la dernière semaine du traitement, l'iodure de fer avait été porté à 1 gramme 25 centigr. en cinq pilules. Ce malade, vu en ville depuis sa sortie, a été trouvé dans un état de santé soutenu. — La rapidité de cette guérison nous a frappé. Quelle est la part qu'y a eue l'iodure de fer? Probablement une assez grande, car le régime animal et tonique tout seul n'avait pas précédemment amené d'amélioration. Ce médicament n'a point encore été employé dans cette maladie. C'est à des expériences nouvelles à décider de sa valeur. Le résultat que nous faisons connaître doit y encourager, car le diabétès est pour l'ordinaire une affection tenace et grave.

Phlébite mortelle par suite de l'emploi des épingles dans le traitement des varices. — Depuis plusieurs années déjà, la plupart des

chirurgiens ont abandonné le traitement des varices, qui consiste à obtenir l'oblitération de la veine, en l'étreignant au moyen d'un fil serré sur une épingle, qui est passée sous le vaisseau en traversant un pli de la peau sous la veine, est abandonné de la plupart des chirurgiens. On s'est convaincu qu'au bout d'un certain temps les varices se reproduisaient par les anastomoses, et que par conséquent l'opération n'avait aucun résultat définitif. D'un autre côté, cette méthode a des dangers, et les cas où elle a entraîné la mort par suite de l'inflammation de la veine et de l'infection purulente ne sont pas si rares. Nous allons rapporter un nouvel exemple de cette fâcheuse terminaison. Un vidangeur, âgé de soixante-trois ans, portait depuis trois ans des varices aux membres inférieurs, à la face interne du pied gauche et au-devant de la malléole. La veine saphène était noueuse et gonflée. Les dilatations de cette veine s'étendaient jusqu'au quart supérieur de la cuisse du côté droit; du reste, cet homme n'avait jamais eu d'ulcères aux jambes. Il avait reçu une contusion, et c'était pour cela qu'il était entré à l'Hôtel-Dieu dans les salles de M. Roux. C'est dans ces circonstances que, pour le débarrasser de varices qui ne le gênaient pas notablement, on lui appliqua d'abord trois épingles, une au-dessus du condyle interne du fémur droit, deux au-dessous du condyle externe du tibia. Ces trois épingles n'amenant pas l'oblitération des veines inférieures, on en mit, dix jours après, trois nouvelles sur la saphène, au-dessus de la malléole interne. Huit jours après, il survient une rougeur érysipélateuse autour des aiguilles, une fièvre intense s'allume; bientôt il se forme un abcès diffus le long de la veine, qu'il faut ouvrir; un autre abcès se forme dans un autre point, qu'il faut ouvrir encore. La suppuration est fort abondante, la fièvre continue; le malade perd ses forces. Les symptômes généraux de la résorption purulente se déclarent; la diarrhée colliquative survient, et le malade meurt le trente-septième jour. — De pareils faits n'ont pas besoin de commentaires.

Les antiphlogistiques peuvent, dans certains cas, retarder la suppuration des tubercules. — Dupuytren avait émis l'idée que lorsqu'il existait extérieurement comme intérieurement des tubercules, et que les symptômes indiquaient qu'il se faisait autour d'eux ou en eux un travail inflammatoire, il fallait par des sangsues ou même par des saignées s'opposer avec soin à ce travail; que c'était le meilleur moyen et peut-être le seul de parer aux accidents graves qui suivent les fontes tuberculeuses internes, et de prolonger la vie. Nous avons vu à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 12, service de M. Lisfranc, un enfant de seize ans, à tempérament mou et lymphatique, qui nous a offert une affection du testicule qui rentre dans les idées de Dupuytren. Il est entré ayant les

deux épididymes très-enflés, très-douloureux, et présentant les caractères des engorgements tuberculeux. On a employé les cataplasmes et les sangsues, et en huit jours l'inflammation avait disparu, du moins en apparence; les épididymes étaient revenus presque à leur volume normal, et n'étaient plus sensibles ; le malade sortit guéri. Deux mois s'étaient écoulés depuis cette époque, lorsque ce jeune homme est revenu à l'hôpital avec une inflammation nouvelle des mêmes parties. Le traitement antiphlogistique a été employé en vain cette fois. Les épididymes ont augmenté progressivement de volume, et enfin il s'est formé un abcès tuberculeux.

Fièvre intermittente communiquée par la mère à son enfant. — Rien n'est moins contestable aujourd'hui que la transmission d'une maladie de la mère au fruit qu'elle porte dans son sein. La syphilis est là pour attester cette intime solidarité; mais il n'existe pas, que nous sachions, d'exemple authentique d'une pareille transmission de fièvre intermittente. M. le docteur Brunzlow, de Brandebourg, en rapporte un cas digne d'être signalé. Une femme de trente-quatre ans fut prise, au second mois de sa première grossesse, d'une fièvre intermittente tierce qui dura plusieurs semaines; le quinquina en triompha au bout de plusieurs semaines. Mais il survint bientôt une récidive sous le type quarte, qui, malgré tous les traitements, persista jusqu'au septième mois; elle parut céder pendant quelques jours, mais elle revint au huitième, et ce n'est que dans le courant du neuvième qu'on parvint à en triompher. Elle accoucha d'une fille faible et maigre. Quelques mois après l'accouchement, la mère s'aperçut que son enfant, qui était toujours du reste grêle et débile, criait, s'agitait beaucoup, et avait beaucoup de chaleur tous les quatre jours, pendant la nuit. M. Brunzlow observa cette petite malade avec attention, et constata qu'elle était en effet atteinte d'une fièvre à type quarte, dont les accès venaient toujours le soir et étaient bien caractérisés par les trois stades. Pendant les accès l'enfant gémissait beaucoup et paraissait ardemment désirer le sein. Ces accès duraient toute la nuit. Au matin, tous les symptômes fébriles avaient disparu, l'enfant allait très-bien pendant deux jours. Comme cette fièvre minait les forces, le médecin crut devoir agir immédiatement. Il fit faire des frictions sur le creux de l'estomac et sous les aisselles avec du sulfate de quinine incorporé dans de l'axonge, et donna ce médicament en potion à la dose de 10 centigrammes par jour. L'enfant avait quatre mois environ. A partir de cette médication, il n'y eut plus que trois accès, qui furent même de moins en moins forts. Puis, l'enfant débarrassée de sa maladie devint robuste et vigoureuse.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ASCITE. *Hydropisie ascite guérie après seize ans de durée et* 886 *ponctions.* Si le fait suivant communiqué à l'Académie par M. Canu, médecin à Yvetot, trouvait des incrédules, nous n'aurions d'autre garantie à leur offrir que les paroles suivantes par lesquelles l'auteur termine son observation : « Si mon caractère et ma parole ne vous suffisent pas, dit-il, toute la ville d'Yvetot est là pour faire foi de ce que j'affirme ici, et au besoin l'abdomen de la fille Mahuet, criblé d'innombrables cicatrices qui en ont fait une sorte de cuirasse; en sera l'irrécusable témoin. »—C'est à cette fille Rose Mahuet, domestique chez M. Simon, fabricant de calicot à Yvetot, que M. Canu a pratiqué 886 fois la ponction de l'abdomen dans l'espace de seize ans, et lui a retiré, compte approximatif, dix-sept mille trois cent trente litres de sérosité. Elle est aujourd'hui complétement guérie.

Cette femme était âgée de trente-six ans, lorsqu'elle fut atteinte d'une entéro-péritonite aiguë qui passa à l'état chronique. C'est alors que l'ascite survint et que les règles se supprimèrent. Vers le commencement, elle voulut combattre l'hydropisie par le remède de Leroy; mais il ne fit rien, quoique la malade eût eu l'aveugle courage d'en consommer jusqu'à quinze bouteilles en quinze jours. Bientôt la distension abdominale devint énorme, la suffocation imminente; il fallut faire la ponction, et l'on retira par le trocart vingt litres environ d'un liquide rosé, limpide et mousseux. Le palper, après cette opération, fit reconnaître d'énormes indurations sur toute la surface péritonéale; une tumeur large et de densité squirrheuse saillissait vers l'S du côlon. Au bout de dix jours, une nouvelle ponction fut nécessaire et donna issue à une égale quantité de sérosité. Depuis ce moment et pendant quinze années consécutives, M. Canu a été appelé tous les six, huit, dix ou douze jours au plus pour évacuer le liquide abdominal au moyen du trocart. L'opération faite, la malade se reposait une heure ou deux, puis elle se levait, s'habillait et reprenait ses occupations domestiques, sans s'affecter aucunement de son état. Il va sans dire que tous les diurétiques, tous les révulsifs et dérivatifs possibles avaient échoué. On en était à la 810e ponction, lorsque seulement M. Canu eut l'idée d'essayer de la compression. Il l'exerça au moyen de feuilles de carton épais enveloppées d'une large serviette. La malade n'en put supporter l'application plus de trois jours. Cependant il y eut ce résultat, que les urines furent plus abondantes et que l'épanchement mit plus de vingt jours à se renouveler. A partir de ce moment, les urines augmentèrent progressivement, et l'époque des ponctions s'éloigna; quoique la durée de la compression abdominale n'eût pas été longue, elle parut contribuer à modifier l'action des vaisseaux lymphatiques, et à rétablir l'équilibre depuis si longtemps détruit. — En effet, six mois s'écoulèrent avant que M. Canu fût obligé de ponctionner encore. Ce fut la dernière fois. Il y a deux ans que cette dernière ponction a été faite, et Rose Mahuet se porte actuellement fort bien. Cette fille n'a conservé de sa longue maladie qu'un certain développement de l'abdomen, mais il n'y a plus la moindre trace de liquides; on n'y trouve que quelques masses glanduleuses et indolentes. (*Bullet. de l'Acad. de méd.* octobre 1842.)

BRULURES (*Sur le traitement des*) *dans la jeune enfance.* La puissance vitale est si faible chez les enfants du premier âge, qu'ils ne peuvent lutter longtemps contre les douleurs aiguës et les accidents fébriles qui accompagnent les brûlures. Il est donc du devoir du médecin d'atténuer le mieux et le plus vite possible ces douleurs, et d'éviter les causes qui peuvent les reproduire. Le meilleur moyen pour cela, c'est de ne faire que des pansements rares des plaies résultant de brûlures. Ce sont les principes que suit dans ces affections M. Payan; il les a appliqués chez deux jeunes enfants, dont il rapporte l'histoire. Une petite fille, âgée de cinq mois, présentait, par suite d'une chute d'eau bouillante, une brûlure au second degré qui s'éten-

dait sur la face externe de la cuisse gauche, sur les trois quarts au moins de la surface de la jambe et du pied du même côté, et encore sur une certaine étendue de la jambe droite. Le jeune âge de cette petite fille, l'étendue de la brûlure qui était mise à nu par l'enlèvement de l'épiderme, l'agitation extrême du sujet, rendaient le pronostic très-grave. C'est dans la vue de ne pas renouveler le pansement, qui était très-douloureux et qui avait jusque-là consisté dans des fomentations avec de l'eau saturnée, que le lendemain de l'accident M. Payan recourut à l'application du coton en rame. Seulement, comme la première apposition de cette substance sèche sur les papilles dermiques cause une certaine irritation, il recouvrit les surfaces brûlées d'une couche de liniment oléo-calcaire qu'il composa avec : huile d'amandes douces, une partie; eau de chaux, huit parties, mêlez et agitez chaque fois. — Après avoir enlevé l'écume savonneuse qui vient nager à la surface de ce liniment par le mélange des substances, avec les barbes d'une plume il en étendit sur toutes les parties brûlées, qu'il recouvrit ensuite d'une couche épaisse de coton cardé fin. Des compresses et quelques tours de bandes complétèrent le pansement. Dès ce moment l'enfant cessa de souffrir, le sommeil revint, elle téta bien, la fièvre tomba. A part dans un seul point, à la malléole droite, où il fallut renouveler le coton à cause de la suppuration, le reste du pansement resta intact jusqu'au onzième jour, où la cicatrisation était partout complète.

Voici encore une autre observation où on a constaté directement que ce pansement mixte avec le liniment oléo-calcaire est plus avantageux que celui par le coton seul. — Une écuelle de bouillon très-chaud est renversée sur les pieds d'une petite fille âgée de trois ans et demi; il s'ensuit une brûlure au second degré. —Eau végéto-minérale d'abord qui modère l'inflammation. Au troisième jour les vésicules se sont ouvertes et l'épiderme s'est détaché. Pour reconnaître si réellement l'addition du liniment calmant et dessiccatif était de quelque utilité dans le pansement, M. Payan couvrit le pied gauche, qui était le moins malade, avec du coton seul, tandis que le droit fut préalablement enduit du liniment oléo-calcaire. Peu d'instants après le pansement, le pied droit cessa d'être douloureux, au lieu que pendant toute la journée l'enfant accusa de la souffrance au pied gauche, où était le coton seul. La cicatrisation a marché, du reste, d'une manière égale, et au quatorzième jour la cicatrice était régulière et parfaite.

D'après ces faits, l'addition du liniment épais désigné sous le nom d'*oleo-calcaire* serait favorable, et ajouterait aux propriétés calmantes du coton en rame. (*Rev. méd.*, septembre 1842.)

COLIQUE DE PLOMB (*Sur la fréquence actuelle des*). Les tableaux des malades atteints de coliques saturnines admis dans les hôpitaux de Paris, démontrent que, bien qu'on ait avancé le contraire, cette affection est toujours aussi fréquente de nos jours qu'elle l'était antérieurement, et que, par conséquent, les moyens prophylactiques vantés par diverses personnes depuis une vingtaine d'années, ou ne sont pas mis en usage comme ils devraient l'être, ou sont employés sans grands succès. Il résulte des faits de ce genre observés en 1841 : 1° qu'il est entré dans huit des hôpitaux de Paris 302 sujets affectés de coliques saturnines, répartis ainsi qu'il suit : 75 à Beaujon; 64 à la Charité; 47 à l'Hôtel-Dieu; 46 à Necker; 39 à la Pitié; 24 à l'Hôtel-Dieu annexe; 5 à Saint-Antoine; 2 à Cochin; 2° que, sur ces 302 malades, 289 sont sortis guéris, 12 ont succombé (dont 1 mort de phthisie), et 1 a dû être dirigé sur Bicêtre, en raison de son état d'aliénation mentale; 3° que, sur ces 302 sujets, 236 étaient des ouvriers appartenant aux trois fabriques de céruse qui existent dans le département de la Seine, 66 autres exerçaient des professions diverses, (peintres en bâtiments, broyeurs de couleurs, ouvriers en papiers peints, polisseurs de caractères d'imprimerie, imprimeurs, ouvriers fabricant les cartes de *porcelaine*, potiers de terre); on comptait en outre parmi eux un ouvrier tanneur, un charentier, un lapidaire, un ouvrier en bronze, un peintre en stores, un émailleur, un mécanicien, et un ouvrier en cristaux; 4° que, sur les 12 sujets qui ont succombé, 10 étaient ouvriers cérusiers; le onzième, mort phthisique, était peintre en bâtiments, ainsi que le douzième.

On voit par tout cela qu'il est indispensable de se livrer à de nou-

velles recherches sur les moyens propres à prévenir l'absorption des émanations saturnines et les dangers auxquels sont exposés les ouvriers qui travaillent le plomb ou les préparations de ce métal. (*Ann. d'hygiène*, 1842.)

CORDON OMBILICAL (*Des nœuds du*). — Les nœuds que présente le cordon ombilical peuvent-ils compromettre la vie du fœtus? Cette intéressante question d'obstétrique a été affirmativement résolue par presque tous les accoucheurs, depuis le premier exemple qu'en a cité Louise Bourgeoise, en 1605. L'enfant qui présenta cette disposition du cordon vécut cependant. Seulement, au moment de la naissance il était, dit l'observation, *violet*. Mauriceau vit le cordon ombilical noué d'un véritable nœud sur une petite fille. « Ce nœud était étroitement serré; mais vraisemblablement, ajoute-t-il, son resserrement n'était arrivé que dans le moment de la sortie de l'enfant; car s'il eût été ainsi serré dans le ventre, l'enfant aurait certainement péri, à cause que le sang dont il était pour lors nourri n'aurait pas pu avoir son mouvement libre au travers du nœud. » Sept autres enfants, qui présentaient à Mauriceau une disposition semblable, étaient tous vivants. L. G. Baudelocque, qui a plusieurs fois rencontré des nœuds soit simples, soit doubles, et une fois triple, n'admet pas qu'ils puissent se serrer au point d'intercepter le cours du sang et de faire périr le fœtus. Quant au mode de formation de ces nœuds, il accepte l'explication donnée par Bourgeoise, dans les termes suivants : « Il fallut, dit-elle, que pendant cette grande agitation (colique de la mère) il fît le tour du cerveau, et continuant à remuer, serrait le nœud davantage. »

M. Baudelocque vient de faire connaître trois nouveaux exemples de ces véritables nœuds du cordon. Une fois le nœud était double; chaque fois il était assez serré pour que le cordon fût partout en contact avec lui-même. — Dans les trois cas, les enfants étaient forts et bien portants; M. Baudelocque ne conçoit pas la formation de ces nœuds par le mécanisme indiqué par Bourgeoise, surtout lorsqu'ils siégent, comme il l'a observé, à 9 centimètres de l'ombilic; aussi est-il conduit à penser qu'une pareille disposition du cordon dépend d'une conformation première.

Il est à regretter que cet observateur distingué n'ait pas eu recours à l'injection des vaisseaux du cordon, non plus qu'à leur dissection, pour éclairer anatomiquement ce point d'embryogénie, sur lequel nous appelons l'attention et les recherches de nos lecteurs. (*Revue médicale*, septembre 1842.)

ENTORSE. *Son traitement par l'eau froide.* Si le principe de cette médication se retrouve dans la plupart des traités de chirurgie, il est vrai de dire que les indications qui doivent en déterminer l'emploi et en assurer le succès y sont souvent négligées ou trop légèrement établies, pour que ce fait important de thérapeutique n'ait pas besoin d'être éclairé par de nouvelles recherches. C'est cette insuffisance des préceptes généralement acceptés, et les dangers qu'offre à son avis la médication par les sangsues et les émollients, qui ont conduit M. le docteur Poullain, chirurgien de l'hôpital militaire de Lyon, à faire connaître les résultats vraiment remarquables de sa pratique particulière. Sur 90 individus qu'il a traités par l'immersion de l'articulation malade dans l'eau froide, 23 ont été guéris en six jours, 22 en onze ou douze jours, 10 en huit jours, 28 du dixième au quinzième jour, 4 du vingtième au vingt-cinquième jour; 3 seulement au bout d'un mois. Aucun de ces malades n'a été estropié; 7 se sont ressentis de leur accident pendant plusieurs mois, ce qui ne les a pas empêchés de vaquer à leurs affaires et de guérir complétement.

A ce résumé général, on ne peut plus favorable à la médication qu'il préconise, le docteur Poullain a joint quinze observations d'entorses, non-seulement du pied, mais encore du poignet, du coude et du genou, heureusement traitées par le même moyen; seulement, comme il est presque impossible de plonger dans un bain froid certaines articulations, telles que celles du genou et du coude pendant tout le temps nécessaire pour que l'immersion puisse être efficace, la glace pilée, et à défaut de celle-ci, les compresses d'eau glacée ont pu, dans ces cas, remplacer avec avantage le bain froid. Quel que soit d'ailleurs le réfrigérant mis

en usage, il doit l'être autant que possible dès le début de l'entorse; la durée de son application sera de deux heures, souvent plus, très-rarement moins. L'eau, si c'est elle dont on se sert, devra être refroidie à mesure qu'elle s'échauffe. Règle générale, le membre ne sera retiré que lorsqu'il y aura refroidissement complet. Pour cela une immersion de trois heures ne suffit pas toujours; il est parfois nécessaire de la prolonger indéfiniment, comme cela eut lieu pour le malade sujet de la 3e obs., qui resta toute une nuit le pied dans l'eau froide. Il en fut de même du malade de la 1re obs., qui resta pendant trois jours et deux nuits sur son lit, la jambe pendante et plongée dans un seau d'eau froide qu'on avait soin de renouveler à mesure qu'elle s'échauffait. Le deuxième jour du bain les mouvements du pied étant redevenus faciles, M. M*** se croyait guéri et voulut le sortir de l'eau, mais les douleurs se réveillèrent avec une telle intensité qu'il n'eut rien de plus pressé que de le replonger dans le bain qui les calma instantanément. Chez deux autres malades des obs. 5 et 6, l'immersion fut également prolongée pendant six heures chez l'un et douze heures chez l'autre.

Ce n'est pas seulement les entorses survenues depuis quelques instants que M. Poullain traite par l'eau froide; il soumet au même moyen celles qui existent depuis 3, 4, 5, 6, et même 12 heures, quelle que soit l'intensité de la reaction inflammatoire locale. On pourrait croire que l'emploi déjà fait d'une médication, celle dite antiphlogistique, et dont les sangsues et les émollients forment la base, fût une circonstance propre à contre-indiquer l'intervention de la méthode réfrigérante telle que la comprend le docteur Poullain : il n'en est rien; car sur le malade de la 5e obs. du mémoire que nous analysons, une application de trente sangsues suivie de celle de cataplasmes émollients avait eu lieu pendant huit heures lorsque le pied fut plongé dans l'eau froide, où il resta quatre heures; huit jours plus tard, le malade quittait l'hôpital, il était entièrement guéri. Une première immersion peut être insuffisante, et la douleur se renouveler dès que le membre est sorti de l'eau. Il ne faut pas alors se presser d'accuser la méthode d'impuissance, car l'obs. 3e nous démontre qu'elle peut réussir complètement par une seconde immersion de plus longue durée que la première.

On est averti de la nécessité qu'il y a d'y recourir de nouveau par la chaleur et la douleur qui se reproduisent dans le membre quelques instants après qu'il a été retiré du bain froid. Un effet constant de ce dernier est de déterminer, dans les premiers moments, une douleur tellement intolérable, que c'est avec beaucoup de peine qu'on parvient à décider les malades à ne pas y renoncer. Cette douleur a une durée variable, mais elle ne se prolonge guère en général au delà de la première heure. C'est là une circonstance qu'il importe de ne pas perdre de vue; car le chirurgien qui n'en serait pas instruit pourrait à tort se laisser vaincre par les sollicitations du malade, auquel l'immersion deviendrait ainsi on ne peut plus nuisible. Aussitôt que le pied est retiré de l'eau dans la condition voulue, *c'est-à-dire sans douleur et sans gonflement*, il faut entourer le membre d'un bandage roulé préalablement trempé dans une solution d'extrait de saturne, et avoir soin de l'arroser souvent; il est rare qu'au bout de vingt-quatre heures il ne soit pas relâché, ce qui indique la diminution du gonflement; on le réapplique alors jusqu'à ce que celui-ci ait complétement disparu, ce qui a lieu le plus souvent du troisième au sixième jour. (*Journal de la Soc. de méd. de Lyon*, septembre 1842.)

FIÈVRE TYPHOIDE (*Des caractères pathognomoniques de la*). On ne s'entend pas parfaitement sur les caractères qui établissent positivement la fièvre typhoïde, ou plutôt l'état typhoïde. On a bien donné quelques signes, tels que les taches rosées lenticulaires, les sudamina, la diarrhée, la douleur de la fosse iliaque droite, le météorisme, les hémorrhagies nasales; mais ces symptômes peuvent manquer ou ne se montrer que plus avant dans la maladie, tandis qu'il est important au praticien de bien apprécier, vers son origine, la nature de l'affection, pour l'arrêter dans son développement et la guérir. Un médecin, qui a apporté largement son contingent d'efforts dans l'étude contemporaine de la fièvre dite typhoïde, M. Delarroque, croit pouvoir établir, d'après ses nombreuses observations cliniques, qu'il y a quatre phénomènes qui se mon-

trent de prime abord et qui mettent hors de doute la nature typhoïde de la fièvre. Ce sont : 1° la *stupeur*, qui présente des nuances et des formes variées selon les causes, les individualités et l'intensité de la maladie; 2° la *dilatation des pupilles*, dont la durée est également variable ; 3° la *pulvérulence* ou *l'enduit brunâtre* de l'intérieur des narines; 4° enfin le *gargouillement iléo-cœcal* à la pression, qu'on voit dans tous les cas. Ces caractères se trouvent constamment groupés dès le premier ou le deuxième jour de la dégénérescence morbide; ils ne font pas défaut lors même que les autres phénomènes de la maladie manquent. Les symptômes complémentaires peuvent venir ou ne pas venir s'ajouter à ceux-ci ; on peut être toujours sûr que l'affection fébrile qu'on a à traiter a le caractère typhoïde. Mais, si les quatre éléments manquent, malgré l'existence des autres symptômes, on peut établir qu'on n'a affaire qu'à un simple embarras saburral avec fièvre, dont un émèto-cathartique peut faire prompte et sévère justice. L'opinion d'un praticien aussi expérimenté que M. Delarroque devait être signalée à nos lecteurs. (*Bullet. de l'Acad. de médec.*, octobre 1842.)

FRACTURE DE LA CLAVICULE *traitée par un nouvel appareil.* — Cet appareil, pour l'invention duquel deux de nos confrères, M. Favre, de Montpellier, et M. Guillon, de Paris, se disputent la priorité en ce moment, repose sur trois indications fondamentales qu'il importe de remplir exactement si on veut obtenir une consolidation régulière.

Ces indications, bien comprises d'ailleurs par la plupart des chirurgiens qui ont traité cette question, consistent à s'opposer au déplacement du fragment externe, soit en bas, soit en avant, ou bien encore en dedans.—L'appareil dont il s'agit se propose d'atteindre ce triple résultat par l'emploi méthodique de trois serviettes et de deux coussins qui maintiennent exactement les fragments en contact, même lors d'une fracture oblique de la partie moyenne de la clavicule.

La première serviette placée en écharpe sous le coude, et dont les deux chefs se croisant sous l'aisselle viennent se fixer sur l'épaule saine, sert à soulever le bras autant que cela est nécessaire pour que les fragments se trouvent à la même hauteur. — La deuxième serviette ou bandage de corps transforme l'humérus en levier du premier genre, avec le secours bien entendu du coussin axillaire, qui n'est autre que celui de Desault, et se fixe de même sur l'épaule du côté sain au moyen de larges rubans : il est placé entre le bras et les chefs de la première serviette. — La troisième serviette, pliée en cravate, a pour objet d'attirer en arrière le moignon de l'épaule du côté malade. Après avoir fait passer l'un des chefs au-devant de l'épaule saine, sur laquelle il prend son point d'appui, et avoir fait passer l'autre chef au-devant de l'extrémité supérieure du bras du côté opposé, on ramène ces chefs en les croisant sur le coussin placé entre les deux épaules, et on les y assujettit fortement au moyen de grosses épingles. Le coussin dorsal, formé de linge, doit être plus épais à son centre qu'à ses quatre bords, et avoir environ 15 centimètres de largeur et 6 ou 7 d'épaisseur. Afin qu'il ne remonte pas, on le fixe au bandage de corps par le bord inférieur au moyen d'un morceau de toile cousu à cet effet. Il est destiné à supporter le poids du malade lorsqu'il est couché, et à favoriser l'action de la troisième serviette qui empêche le fragment externe de se porter en avant.

D'après cette description, que nous empruntons à M. Guillon lui-même, il est aisé de voir que le bandage de Desault constitue pour sa part les deux tiers au moins de cet appareil, qui n'offre d'avantage sur lui qu'une plus grande simplicité dans les moyens, mérite réel que nous aimons à reconnaître. — Quant au coussin dorsal, il remplit une indication importante qu'Hippocrate, le premier, avait entrevue lorsqu'il faisait coucher le malade sur un corps saillant, de telle sorte que le dos seul portât et non les épaules, qui étaient ainsi entraînées par leur poids en dehors et en arrière. — C'est encore d'après le même principe que, plus tard, Brunninghausen et Eversbfor remplacèrent le 8 de chiffre de Guy de Chanliac et de J. L. Petit par un coussin carré aux angles duquel se fixent des courroies rembourrées qui font le tour des épaules et les entraînent en arrière. — Ainsi l'appareil proposé par MM. Favre et Guillon se retrouve pièce par pièce,

pour ainsi dire, dans les auteurs anciens. — Ces honorables confrères ont néanmoins le mérite d'avoir plus sûrement, et d'une manière plus efficace, combiné la puissance dont l'équilibre, surveillé et maintenu avec soin, devra donner pour la fracture de la clavicule des résultats plus satisfaisants et qu'ils ont eux-mêmes déjà obtenus sur plusieurs malades.

Ajoutons en terminant que, pour s'opposer à l'œdème du membre, un bandage roulé est appliqué sur toute son étendue, depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'épaule. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, octobre 1842.)

HALLUCINATIONS (*De l'emploi de l'extrait de datura strammonium dans les*). **M.** Moreau de Tours, médecin de Bicêtre, s'élève contre la méthode de traitement qui exclut les moyens physiques dans la majorité des cas d'aliénation mentale, pour assigner aux moyens moraux une supériorité marquée. Il s'applaudit beaucoup par exemple de l'emploi de l'extrait de datura strammonium dans les hallucinations, qu'il divise en primitives et consécutives. Cette distinction est d'une grande importance en thérapeutique, car, lorsque les hallucinations sont primitives, c'est-à-dire quand, ayant précédé tout autre désordre mental, elles forment comme la première phase du délire, il est rare que la médication par le datura n'en fasse pas prompte et irrévocable justice; au lieu que les hallucinations consécutives, celles qui apparaissent dans le cours de la maladie, cèdent difficilement et menacent souvent de reparaître. Huit malades font l'objet de la note publiée par **M.** Billod sur le résultat du traitement par le strammonium; chez cinq l'affection mentale ne remontait pas à une époque très-éloignée; c'étaient des cas aigus. Tous les cinq ont été guéris par le strammonium : trois dans la première quinzaine, un au bout d'un mois, l'autre dans deux mois. Chez les trois autres malades, l'affection était essentiellement chronique; un seul a été guéri radicalement. Les deux autres ont éprouvé des modifications avantageuses par l'action énergique du médicament, mais il n'y a pas eu de guérison stable. Nous citerons une observation pour bien faire comprendre le mode d'administration du remède et ses effets.

Un tailleur, âgé de cinquante-quatre ans, manquant souvent d'ouvrage, mal logé, mal nourri, était dans un état de mélancolie habituelle qui s'est bientôt exaltée jusqu'à la monomanie. Il s'est persuadé que tout le monde s'entendait pour le rendre malheureux. Il voit des ennemis déguisés dans tous ceux qui l'approchent. Il entend des voix qui l'insultent, le menacent, le traitent de voleur, de faussaire, de pédéraste. Il s'imagine, un soir, que des assassins cherchent à briser sa porte pour pénétrer dans sa chambre : dans sa frayeur, C. s'élance par la croisée et se fracture la cuisse. Il est conduit à l'hôpital de la Pitié, dans un état d'exaltation extrême. La fracture étant guérie, mais les désordres des facultés persistant, il fut envoyé à Bicêtre le 4 octobre 1841. — Il est calme; toute sa physionomie est empreinte d'une tristesse profonde. Quand il parle, un mouvement convulsif, rapide, saccadé, agite la lèvre supérieure. Il est toujours en proie aux idées fixes et aux hallucinations qui ont été cause de l'accident dont nous avons de parlé.

Après treize jours de traitement par le datura (à dose successivement croissante de 2 jusqu'à 30 centigr., dans un julep administré par cuillerées), les hallucinations disparaissent, mais les idées fixe restent à peu près les mêmes. Ses ennemis, assure le malade, ne se taisent que pour mieux le tromper, pour l'empêcher d'être sur ses gardes.—Suppression du datura. — Un travail assidu et varié semble, après peu de jours, dissiper ce qui reste d'idées fausses, de craintes imaginaires. Sur ses instances réitérées, M. Moreau accorde au malade sa sortie le 9 décembre 1841.

Le 7 janvier 1842, C. rentre à Bicêtre. On n'a pas de renseignements sur les causes qui ont déterminé la rechute. Le malade lui-même n'a pu rien apprendre à cet égard. Serait-ce que la guérison n'était pas suffisamment consolidée lorsque le malade a quitté l'hospice? La susceptibilité de l'organisme, ramené depuis si peu de temps encore à l'état normal, devait-elle fléchir facilement sous l'action des causes qui avaient provoqué les premiers désordres? — Cette fois, les hallucinations les plus bizarres assiégent le malade. « Il était mort il y a peu de jours; encore en ce moment il n'est pas bien sûr d'être du nombre des vivants. Rien n'a manqué à ses funérailles. Il a été mis

dans un cercueil, recouvert d'un drap noir. Un corbillard a transporté son corps au cimetière, où il a été enterré. — Mais vous voilà au milieu de nous, vous êtes donc ressuscité? — Oui, et c'est grâce à deux lapins blancs que j'ai pu sortir de dessous terre. Je les ai vus à l'ouvrage; en peu de temps ils ont pu, à eux deux, faire un trou assez grand pour que je pusse passer. Une fois sorti, j'ai marché longtemps, et je suis allé jusqu'au faubourg du paradis, etc... » Des êtres invisibles lui adressent la parole, l'injurient, le menacent. Pendant quelques jours, M. Moreau se contente de prescrire des bains, et essaye de ramener le malade par la voie du raisonnement. Vains efforts! Le malade, qui, du reste, est fort doux, sans prévention contre lui, ne le comprend pas. Il répond par des histoires de l'autre monde, et oppose aux raisonnements le témoignage de ses yeux, de ses oreilles, le sentiment intime de tout ce qu'il éprouve. Il finit souvent en disant : « Vous me couperiez par morceaux que vous ne me dissuaderiez pas. » — Le 7 janvier, 15 centigrammes de datura. Légère dilatation des pupilles. Etat moral le même. Le 15, 20 centigrammes. Même état. Le 18, 30 centigrammes de strammonium. Même état. Le 22, 35 centigrammes du médicament. Même état. Commencement de narcotisme. Etourdissements, pupilles très-dilatées, froid aux extrémités, hésitation en parlant. Les hallucinations ont été plus nombreuses que jamais. Il faut leur attribuer sans doute la terreur profonde empreinte dans la physionomie du malade.

Le 24 janvier, 40 centigrammes de datura. Mêmes symptômes d'intoxication que la première fois. Le malade n'a plus rien entendu. Il est fortement ébranlé dans ses convictions. Il *veut* bien croire ceux qui combattent ses idées extravagantes. — Suppression du datura. — Le 25, le malade affirme qu'il n'a plus de *visions*. Il qualifie d'absurde tout ce qu'il a raconté, et met tout sur le compte de la maladie. Il est guéri. M. Moreau a vu ce malade au mois d'août 1842; son état est toujours très-satisfaisant..

M. Moreau ne s'est point laissé effrayer dans ce cas par les légers symptômes d'intoxication; il a persisté dans l'emploi du strammonium. Chez d'autres malades il l'a suspendu pendant quelques jours pour le reprendre ensuite, et il a combattu le narcotisme par une tasse de café noir, matin et soir. (*Gaz. des hôp.*, octobre 1842.)

HÉMORRHAGIE *à la suite de la taille* (*Du traitement de l'*). Des accidents qui compliquent trop souvent l'opération de la taille sous-pubienne, l'un des plus formidables est sans contredit l'hémorrhagie. Tous les chirurgiens s'en sont gravement préoccupés, et plusieurs moyens d'y remédier ont été successivement mis en usage. Frappé de l'insuffisance de ces moyens dans un assez grand nombre de circonstances, M. le professeur Bégin, dont tout le monde apprécie le talent consciencieux, vient d'exposer, dans un mémoire fort remarquable, le procédé qu'il a pu avantageusement substituer aux agents hémostatiques généralement acceptés. — Il semblerait, dit l'auteur de ce travail, qu'il soit très-facile, au moins dans la plupart des cas, de reconnaître le siége et la source des hémorrhagies qui peuvent se manifester après l'opération de la taille. — Le liquide provient-il de la branche périnéale de l'artère honteuse, il s'échappera, dit-on, de l'angle supérieur de la plaie; la branche transverse le versera profondément à travers la lèvre externe, à la hauteur du bulbe. Les branches des hémorrhoïdales inférieures détermineront l'écoulement dans l'angle rectal de la division. Enfin, le tronc de l'artère honteuse versera le sang par la lèvre externe très-profondément et en arrière. Mais ces applications préconçues des données de l'anatomie s'évanouissent presque toujours au lit des malades. C'est qu'indépendamment des artères principales du périnée, de celles dont la situation et le trajet sont parfaitement décrits, il existe dans la profondeur de la région des causes accidentelles et variables d'hémorrhagie, et notamment une vascularisation insolite liée à un excès de mouvement nutritif localement entretenu par la douleur et la sensibilité morbide de la région prostatique. Cette disposition vasculaire, si justement appréciée par M. Bégin pour le cas dont il s'agit, se retrouve constamment dans les tissus au milieu desquels le fait pathologique a pris naissance pour y croître et s'y développer indéfiniment. L'utérus affecté de polypes ou de cancer, le rectum atteint de maladies sembla-

bles, la mamelle envahie par une tumeur ancienne et volumineuse, tous les organes offrent ce développement vasculaire anormal que le chirurgien doit connaître, s'il ne veut pas être pris au dépourvu dans les opérations que réclament ces divers états pathologiques.

Les moyens conseillés jusqu'ici contre l'hémorrhagie dans la taille périnéale sont :

1° La ligature et la torsion : applicables seulement dans les hémorrhagies dont le siége est accessible aux instruments, elles ne peuvent être mises en usage lorsque le mouvement inflammatoire a commencé dans la plaie ; c'est le cas alors de recourir, comme le faisait Dupuytren, à la cautérisation pratiquée à travers une canule avec un cautère en roseau ; encore faut-il que le point d'où le sang s'échappe soit visible. Ce procédé serait manifestement préférable au petit bourdonnet imbibé de chlorure d'antimoine introduit par Pouteau, pour un cas analogue, jusqu'au fond de la plaie. Mais la cautérisation, ainsi que le fait remarquer M. Bégin, ne peut être appliquée, comme la torsion et la ligature, que contre les hémorrhagies dont la source est apparente ; aussi échoue-t-elle souvent, et ne sert-elle qu'à ajouter aux causes d'irritation et de phlogose que renferme déjà la plaie.

2° Quant à la compression, qui peut s'exercer soit avec la canole de Deschamps, modifiée par J. L. Petit et plus tard par Dupuytren, s'il est vrai qu'elle compte des succès, combien de fois aussi n'a-t-elle pas dû être abandonnée ! Souvent les malades, irrités, tourmentés par la distension douloureuse de la plaie, ont été saisis de spasmes vésicaux, puis entraînés irrésistiblement à des efforts d'expulsion qui ont pour résultat de rejeter avec violence le tampon et la canule au milieu des flots de sang et d'urine accumulés dans la vessie. Ce fut cette expulsion forcée de la canule à chemise, qu'il avait employée contre une hémorrhagie abondante à la suite d'une taille bilateralisée, qui conduisit M. Bégin à faire usage des irrigations continues d'eau froide. « Dans mon embarras, dit ce chirurgien, je n'imaginai rien de mieux que de faire coucher le malade sur le côté, les jambes et les cuisses fléchies et ramenées vers le ventre, le derrière saillant au bord du lit, garni d'une toile cirée. Un baquet d'eau fraîche fut apporté, et plusieurs élèves se relayèrent pour exécuter la manœuvre suivante : deux d'entre eux s'armèrent chacun d'une seringue à lavement qu'ils déchargeaient alternativement, et par un jet modéré, sur le périnée du malade, dont la fesse supérieure était maintenue relevée par un troisième aide. L'irrigation se faisait ainsi sans relâche. Au bout d'une heure, l'hémorrhagie était arrêtée, ce qui n'empêcha pas de continuer l'irrigation pendant cinq heures encore. » — Plus tard, M. Bégin perfectionna le procédé d'irrigation à l'occasion d'un soldat taillé au Val-de-Grâce, et pour lequel il employa avec succès un appareil à double courant. L'irrigation fut, comme dans le cas précédent, continuée pendant cinq heures ; le jet d'eau étant dirigé sur le périnée et dans l'intérieur de la plaie. Ce procédé hémostatique simple, qui peut être mis en usage partout, si le chirurgien ajoute à son appareil instrumental un tube en tissu de caoutchouc suffisamment long et garni d'une canule en gomme élastique, ne fut pas moins efficace sur un troisième malade que dans les deux premiers cas. Outre son action hémostatique, l'irrigation a l'avantage d'agir en calmant l'irritation locale, en prévenant la réaction inflammatoire, et par conséquent en diminuant, au lieu de les accroître, les chances d'accident et de mort à la suite de l'opération de la taille. Pour notre part, nous acceptons sans réserve ce procédé nouveau, confiant dans les lumières et la probité chirurgicale bien connue de l'auteur. (*Annales de Chirurgie*, octobre 1842.)

LUXATION DU COUDE *en arrière. Nouveau mode de réduction.* Ce genre de luxation est sans contredit un des plus graves qu'on puisse observer, tant à cause des désordres articulaires qui l'accompagnent, qu'en raison des accidents inflammatoires qu'il peut déterminer et des difficultés de la réduction. — Aussi doit-on savoir gré à M. le docteur Duparcque d'avoir fait connaître le procédé simple et très-rationnel qui lui a si bien réussi pour la première fois en 1813. Ce procédé, pour être bien compris, exige que nous entrions, avec l'auteur, dans quelques détails anatomiques.

Dans cette luxation, l'extrémité

cubitale de l'humérus se place au-devant des os de l'avant-bras, au-dessous de l'apophyse coronoïde dont le sommet s'enfonce alors dans la cavité olécrânienne, et du rebord de la cavité articulaire du radius placée derrière le condyle externe de l'humérus. Il résulte de cette situation relative des extrémités articulaires, un véritable arc-boutement des os entre eux, qui est énergiquement maintenu par les muscles biceps et brachial antérieur. Cet arc-boutement doit augmenter en raison des efforts de réduction dans les tractions parallèles aux os que l'on fait pour le procédé ordinaire. Dans celui employé par M. Duparcque, le chirurgien a principalement en vue de détruire l'espèce de croisement qui a lieu entre les os, en dirigeant les efforts extensifs et contre-extensifs dans la direction la plus favorable à ce résultat, qu'il faut nécessairement obtenir avant de songer à la coaptation.

Quatre personnes peuvent suffire pour opérer la réduction : une pour la contre-extension fixe le corps et la partie supérieure de l'humérus; une autre saisit fortement la main et l'extrémité inférieure de l'avant-bras, de manière à le maintenir solidement. Le chirurgien embrasse la partie supérieure de l'avant-bras, le plus près possible de la luxation, dans l'anse d'une longue serviette pliée en cravate, dont il confie les chefs réunis à un troisième aide qui devra tirer fortement et graduellement sur ce lien. L'avant-bras, dans le premier temps de l'opération, représente ainsi un levier du troisième genre, le point d'appui étant à son extrémité carpienne, la résistance à son extrémité humérale, et la puissance sur le corps même de l'avant-bras très-près de la résistance; circonstance favorable à la puissance dans ce genre de levier. A mesure que les tractions exercées sur la serviette font descendre l'olécrâne, et dégagent de la cavité olécrânienne l'apophyse coronoïde, l'aide qui tient la main et l'avant-bras porte celui-ci dans la flexion. L'avant-bras alors représente un levier du premier genre, le point d'action de la serviette devenant alors le centre du mouvement de bascule qui lui est imprimé; l'humérus se trouve ainsi bientôt ramené au niveau de l'apophyse coronoïde et du rebord articulaire du radius; aussi suffit-il d'une pression modérée, que le chirurgien exerce d'une part avec ses doigts, réunis, sur la saillie de l'humérus en avant, et d'autre part en arrière avec ses deux pouces croisés sur l'olécrâne, de manière à diriger ces parties l'une vers l'autre, pour obtenir la réduction du premier coup.

Il est facile de voir que dans ce procédé la situation de l'avant-bras d'abord fixé, puis porté dans la flexion, a pour effet non-seulement de ne point ajouter à l'état de tension déjà outrée dans lequel se trouvent les muscles biceps et brachial antérieur, principal obstacle au procédé ordinaire de réduction, mais même de faire cesser cet état de tension.

Le procédé de M. Duparcque va au-devant des difficultés; ligne de direction des leviers osseux, résistances musculaires, économie de forces, coordonation géométrique des puissances, tout est conçu et appliqué avec une rigueur physiologique qui ne saurait laisser le moindre doute sur l'excellence de ce mode opératoire, que le succès d'ailleurs est venu consacrer. (*Revue médicale*, septembre 1842.)

MÉDECINE ET CHIRURGIE. *Elles doivent être nettement séparées.* A l'époque où nous sommes, l'art médical et l'art chirurgical doivent marcher de front. Un médecin peut n'être pas chirurgien, mais celui qui fait la chirurgie, qui opère, ne saurait se passer des lumières médicales, sous peine d'être un fléau pour les malades qui tombent sous son bistouri. Nous ne saurions donc comprendre l'espèce de manifeste que publie l'un des chirurgiens les plus inventifs, les plus ingénieux de ce temps, M. Mayor de Lausanne, manifeste qu'il devait lire au congrès médical de Strasbourg, et dans lequel il veut tracer nettement les différences qui existent entre la médecine et la chirurgie, et montrer l'importance de maintenir ces différences. Nous avons lu les pages de M. Mayor: il y a de l'originalité, de l'esprit, comme dans tout ce qui sort de sa plume; mais assurément il y a anachronisme dans ses vœux; car, quoi qu'il en dise, ces deux branches de l'art médical sont sœurs et resteront sœurs. Il existe, nous le savons, quelques chirurgiens qui ne voient malheureusement dans leur profession, comme le chirurgien de Lausanne, que le manuel, que la mécanique;

mais M. Mayur est le premier, que nous sachions, qui veuille tirer vanité de ces principes, et qui prétende les établir en règles. L'analyse de quelques passages du mémoire fera connaître à nos lecteurs l'esprit dans lequel il a été conçu :

... Pour reconnaître l'immense intervalle qui existe entre la médecine et la chirurgie, il suffit de rapprocher les faits incontestables suivants : on peut être un habile médecin quoique manchot, impotent et maladroit de ses deux mains; et il est possible de pratiquer toutes les opérations, même les plus délicates, avec un ordre et une précision admirables, et ignorer cependant que la manne purge et que la saignée est le plus puissant des antiphlogistiques. On voit encore des chirurgiens du premier ordre, auxquels on n'oserait pas confier le traitement du cas le moins compliqué de médecine interne; et des médecins d'un mérite transcendant, qui seraient incapables d'ouvrir un abcès ou même de faire une simple saignée...

Un seul fait bien analysé suffit au chirurgien pour asseoir son jugement; il en faut un très-grand nombre au médecin pour le mettre tant seulement sur la bonne voie... Un fait unique, quel qu'il soit, peut et doit éclairer sur-le-champ et de la même manière tout le monde chirurgical; au lieu que les faits médicaux les mieux observés et les plus nombreux n'ont qu'une valeur individuelle qui varie suivant les circonstances particulières des malades, suivant les lieux qu'ils habitent, non moins que d'après cette foule d'objets divers qui les environnent et les influencent....

La chirurgie repose invariablement sur quatre colonnes : l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la mécanique. Ces quatre éléments dominent toutes les opérations chirurgicales. Quand le chirurgien agit, qu'il fait une opération, cet acte consiste tout entier dans l'application judicieuse des lois de la mécanique ou de la dynamique aux exigences des trois premiers facteurs. *Tout est là et rien que là*, quelles que soient d'ailleurs la nature délicate ou grossière et l'importance plus ou moins considérable d'un procédé opératoire quelconque. Aussi retrouve-t-on *tout cela et rien que cela* dans la simple saignée comme dans l'ingénieux établissement d'une pupille artificielle, dans l'audacieuse gastro-hystérotomie... Le chirurgien n'est qu'un *simple* opérateur..., qu'un mécanicien... Ainsi, tout ce qui, en fait de thérapeutique, réclame un moyen, un agent, ou un procédé du ressort de la mécanique dans sa plus large acception, relève du domaine chirurgical; et tout ce qui est en dehors de ces mêmes moyens, agents ou procédés, appartient de droit à la médecine. Cette distinction est tellement tranchée et si facile à saisir, qu'il ne pourra jamais exister ou survenir la moindre confusion, la plus légère collision au sujet de la compétence de ces deux ordres de nos connaissances.

« On ne dira plus de la médecine et de la chirurgie qu'elles sont *sœurs*, car elles ont une origine, une allure, des besoins et des moyens tout à fait distincts. On se souviendra que l'une consiste à modifier empiriquement la dynamique vitale des corps malades, tandis que l'autre a pour objet d'appliquer à ces mêmes corps la dynamique empruntée d'une science exacte, de la mécanique. On voudra donc faire la part qui revient de droit à l'une et à l'autre, par suite de la juste délimitation des deux branches. On se convaincra toujours plus, par là, que la seule chose qu'elles aient de commun entre elles, *le but*, c'est-à-dire le traitement des maladies de l'homme, n'implique pas nécessairement une manière identique d'envisager leurs voies et moyens, ainsi que leur source, leur application, leur portée. On aimera, par conséquent, que les devoirs et les droits de chacune d'elles soient si bien tracés, qu'elles ne puissent plus empiéter sur leur domaine respectif sans forfaiture à leur mission... Non! mille fois non! la distance qui sépare les deux ordres de nos connaissances est si immense, qu'elle ne permet de rapprochement en aucun sens. Encore une fois, il n'y a point de rapports entre ces deux sciences; il ne saurait y avoir de frontières entre elles; il n'existe même aucun passage de l'une à l'autre, tant la barrière qui existe entre elles est infranchissable... Et lors même qu'il s'agirait de cas évidemment *mixtes*, où des deux côtés on doit s'empresser d'intervenir et de se porter de mutuels secours, ceux-ci seront toujours aussi distincts et tranchés que l'est, dans une armée, le service d'un parc d'artillerie et celui d'une ambulance. » — Est-ce catégorique cela? (*Journ., des connaiss. méd.-chir.*, octobre 1842.)

MOLLUSCUM *non contagieux du scrotum*. Batteman a donné le nom de molluscum à une affection tuberculeuse de la peau, assez rare et dont l'histoire est fort obscure. Il en a distingué deux espèces: le molluscum contagieux et le molluscum non contagieux. L'un et l'autre sont caractérisés par des tubercules durs, indolents, de différents volumes, quelquefois pédiculés, se développant très-lentement sur différentes parties du corps. Le caractère qui différencie le molluscum contagieux de l'autre, c'est que les tubercules sont transparents et laissent écouler par leur sommet un liquide blanc. Batteman lui-même n'a observé que deux cas de cette dernière espèce; ils avaient été transmis d'un sujet à l'autre par contagion. C'est à la classe du molluscum non contagieux qu'appartient le cas observé par M. le docteur Renault, chirurgien du paquebot de l'Etat, le *Minos*, sur un malade âgé de quarante-sept ans, employé dans les soutes à charbon. Nous en dirons un mot, à cause de la rareté de cette affection. Que l'on se figure une grappe de raisin à grains inégaux, ou plutôt une de ces agglomérations d'œufs plus ou moins développés qu'on voit à l'ouverture d'une femelle d'oiseau, et on aura l'idée de l'aspect fourni par trente-deux tumeurs tuberculeuses situées à la partie antérieure du scrotum du sujet, et qui constituaient chez lui l'affection nommée molluscum. Ces tumeurs sphéroïdes, sessiles ou un peu étranglées à leur base, dures, lisses, sèches, étaient d'une couleur blanchâtre qui se fondait avec celle de la peau située entre elles; elles étaient mobiles, insensibles; leur volume variait depuis celui d'une vesce, d'une noisette, jusqu'à celui d'une petite noix; à la loupe même on ne voyait ni poils ni orifice de follicule. Dès l'âge de quatorze à quinze ans, il avait vu survenir deux ou trois petites tumeurs, qui depuis avaient augmenté de nombre et de volume. Une de ces tumeurs ayant été piquée avec une lancette, il n'y eut point de douleur, ni sang, ni aucun liquide expulsé, mais par une très-forte pression du tubercule, il s'en échappa un petit filet de matière athéromateuse, très-dense. Le pronostic du molluscum non contagieux n'est pas grave; on vit avec cela sans grands inconvénients; aussi, le malade, auquel la difformité du scrotum était tout à fait indifférente, n'a subi aucun traitement. Comme M. Renault, nous n'enregistrerons cette observation qu'à cause de la rareté des cas analogues. (*Rev. méd.*, septembre 1842.)

MONÉSIA (*Du*), *contre les flux du canal intestinal*. Le monésia, nos lecteurs le savent, est un nouveau médicament tonique, astringent. C'est l'écorce d'un arbre du Brésil, importée il y a peu d'années en France, et répandue par les soins de M. Bernard-Derosne, pharmacien à Paris. Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été dit dans divers articles de ce Recueil. Voyez entre autres, page 199, t. XVI.

M. Adrien, médecin à Crécy (Seine-et-Marne), s'applaudit beaucoup de ce médicament. Dans les diarrhées prenant les caractères de la cholérine, affections très-fréquentes pendant l'été, aux environs de Meaux, chez les enfants du premier âge, chez les mêmes petits malades dans les dérangements de corps occasionnés par une dentition difficile, dans la dyssenterie, dans l'entérite même, notre confrère a essayé comparativement le ratanhia, le cachou, l'extrait d'opium uni à l'acétate de plomb cristallisé, l'albumine; aucun de ces moyens n'agit, à beaucoup près, avec la même certitude ni la même célérité que le monésia. Il trouve dans ce remède les trois conditions si désirables dans une méthode curative : le *tutò, citò et jucundè*. Pendant les mois de septembre et d'octobre de l'année dernière, il a traité une soixantaine de malades adultes et enfants surtout, atteints de cholérine épidémique sérieuse, par cet unique moyen, et il n'en a perdu que deux. La même affection s'est développée au mois d'août de cette année 1842, et il a eu un succès encore plus grand, car il n'a perdu aucun sujet. Son traitement consiste dans l'eau de riz froide en boisson et en lavements avec addition quelquefois d'un peu d'amidon cru; puis dans l'extrait de monésia, qu'il donne mis en poudre, en sirop et en pilules. Cette dernière forme est préférable pour les adultes. La dose est de 20 à 40 centigrammes matin et soir pour un adulte; de 10 à 25 centigrammes pour les enfants. La dose du sirop est de quatre à cinq cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. Chez tous

les malades de différents âges et de différents sexes, atteints de cholérine, dont il rapporte l'observation, l'administration du monésia a été suivie d'un soulagement immédiat, et, terme moyen, la disparition des accidents a été complète dans les quarante-huit heures. M. Adrien cite des exemples où le monésia lui a été utile dans ces dévoiements prolongés qui suivent la dentition et qui affaiblissent les enfants, comme aussi dans la dyssenterie et dans l'entérite chronique chez les adultes. Il s'est servi aussi avec avantage, soit de l'extrait de monésia en poudre porté sur les ulcérations, soit d'un gargarisme avec une certaine quantité de teinture alcoolique de monésia dans la stomatite mercurielle avec salivation et ulcération des joues et de la langue. (*Journal des Connaiss. médic.-chirurg.*, octobre 1842.)

ŒIL (*Corps étranger volumineux qui a séjourné pendant trois ans dans l'intérieur de l'*). — L'ophthalmologie, déjà si riche de faits intéressants, n'en renferme peut-être pas un seul analogue à celui que nous livrons à l'appréciation de nos lecteurs. — M. Beg..., chef d'atelier au chemin de fer de Versailles, aidait à enfoncer un coin en acier sur lequel on frappait avec un long marteau de fer, quand tout à coup il ressentit un choc violent dans l'œil, bientôt suivi d'un écoulement aqueux.

Le lendemain, la douleur persistant et la vue ne s'étant pas rétablie, il consulta le docteur Sichel, qui, après avoir constaté une perforation de la cornée, dit au blessé qu'il ne fallait plus compter sur le retour de la vue, et lui prescrivit un traitement antiphlogistique sévère pour prévenir les accidents inflammatoires qui, en effet, furent très-modérés. Six semaines après, environ, la cornée se cicatrisa, et la faculté que conservait M. Beg... de distinguer le jour de la nuit se perdit complètement au bout de dix-huit mois.

Pendant deux ans aucun accident ne s'était manifesté, lorsque tout à coup des douleurs atroces se développèrent dans l'œil et le côté correspondant de la tête : quatre jours s'étaient écoulés que déjà ces douleurs, inutilement combattues par les sangsues et les narcotiques, se dissipèrent spontanément. A la fin de février 1842, trois ans et demi après l'accident, de nouvelles douleurs oculaires conduisirent M. Beg... chez le docteur Castelnau, qui constata une injection de la conjonctive et une saillie conoïde de la cornée parfaitement opaque. L'œil était affaissé comme s'il eût perdu une partie de ses humeurs. Le malade ne pouvait se coucher sur le côté droit, depuis quelque temps, sans éprouver des douleurs plus vives.

Nouveau traitement par les narcotiques et les réfrigérants, sans plus de succès que le premier. Augmentation de la rougeur et de la douleur; et, après quelques jours, on put voir au sommet de la saillie de la cornée un petit angle solide de consistance et d'aspect métallique. L'extraction de ce corps, proposée au malade, ne fut acceptée qu'un peu plus tard. — Alors l'angle du corps étranger soulevait la paupière supérieure et faisait saillie d'une ligne sur la cornée, où il était enchâssé. Une incision d'une ligne de longueur fut pratiquée de chaque côté du corps étranger dans le but de détruire les adhérences intimes avec les tissus environnants. La dissection avec un bistouri à lame étroite permit d'arriver jusqu'à la partie postérieure de ce corps, qu'on ne pouvait tirer en avant sans produire d'horribles douleurs. L'opérateur fut obligé de couper les adhérences postérieures avec des ciseaux courbes et pointus; et il fut alors facile d'extraire le corps étranger, qui était un fragment de fer ayant la forme d'un prisme triangulaire : sa longueur était de 13 millimètres; sa largeur de 5 millimètres, et son poids de 75 centigrammes; ses arêtes et ses angles sont tous très-tranchants. — Les douleurs oculaires diminuèrent une heure après l'opération, et le travail de cicatrisation ne tarda pas à combler l'excavation qu'occupait le corps étranger. — Aujourd'hui l'œil est affaissé, la cornée est d'un gris opaque, la sclérotique a conservé sa couleur naturelle. (*Archives gén. de Méd.*, octobre 1842.)

PAPIER *pour détruire les mouches*. M. Wislin, pharmacien à Gray, donne comme bien préférable au cobalt arsénifère, et plus rapide dans ses effets, le papier suivant pour détruire les mouches. — Prenez : arséniate de potasse ou de soude 1 partie; sucre blanc 2 parties; eau 20 parties. Faites dissoudre, et plongez dans

cette dissolution des feuilles de papier un peu fort, collé, puis suspendez-les pour les faire sécher. On place un morceau de ce papier dans le fond d'une assiette où on l'humecte avec quelques gouttes d'eau; on entretient cette humidité à proportion que l'eau s'évapore. Ce moyen a un inconvénient, c'est que dans le court intervalle des ingestions à la mort, les mouches ont d'abondantes déjections qui salissent les points où elles se placent. (*Journal de chim. méd.*, septembre 1842.)

PNEUMONIES CATARRHALES *épidémiques* (*Recherches sur les*). Nous devons nous applaudir de voir la médecine faire chaque jour quelques pas dans une voie plus large et plus féconde. Une preuve matérielle de ce retour vers de plus sages principes, c'est l'insertion du travail dont nous allons nous efforcer de présenter l'esprit dans un journal voué depuis longtemps à la défense des dogmes de l'école anatomique et de l'école numérique, ces deux filles bâtardes de l'école broussaisienne.

La médecine, en effet, ni comme science ni comme art, ne saurait être réduite aux mesquines proportions que lui assignent nos modernes faiseurs de *science exacte*, qui, s'arrêtant à la surface, mesurent, pèsent, chiffrent quelques faits de détails, et avec quelques douzaines de malades et deux ou trois règles d'arithmétique, veulent chaque six mois refaire la science et mettre leurs prétendues *lois* à la place des vérités quelquefois les mieux démontrées par le temps et par l'expérience.

Nous nous sommes assez démenés depuis trente ans dans des sentiers sans issue. Nous avons espéré trouver la base de notre art dans les lésions d'organes; nous les avons interrogés tous; nous avons étudié avec soin tous les symptômes qui pouvaient nous faire apprécier pendant la vie ces lésions. Nous les avons poursuivies après la mort et nous avons ouvert force cadavres. De ces études nous avons recueilli une grande précision dans le diagnostic des altérations organiques; nous sommes plus forts assurément à cet égard que nos pères. Mais guérissons-nous mieux, plus sûrement, plus promptement? Non, certainement non. Nous sommes au contraire plus hésitants, plus timides dans l'emploi des moyens héroïques. Pourquoi cela? Parce que notre esprit est trop préoccupé de cette maudite altération locale que nous tenons là sous notre stéthoscope, sous notre doigt, et que par suite nous ne voyons d'autre traitement convenable que celui qui s'adresse à cette lésion.

Il faut pourtant aujourd'hui, si nous voulons être vraiment médecins, partir d'une observation plus générale et plus large. Pour mettre dans tout son jour ce fait d'une haute importance pratique, savoir, que souvent dans la détermination du traitement à appliquer l'affection générale doit être prise en plus grande considération que l'affection locale, il n'y a qu'à étudier ce qui se passe pendant le règne de ces états pathologiques généraux qui se développent sous l'influence de diverses constitutions épidémiques.

Il n'est pas de maladie qui puisse être réputée plus franchement inflammatoire que la pneumonie, et qui généralement aussi s'accommode mieux des saignées: eh bien, sous l'influence d'une constitution épidémique particulière, il peut arriver qu'il faille, pour la guérir, être très-réservé sur ce moyen, et recourir aux vomitifs seuls ou associés aux purgatifs, aux révulsifs cutanés, etc. Cela dépend de la nature de l'affection générale, laquelle a sa source dans les influences atmosphériques. Il ne faut pas croire que ce ne soient là seulement que des mots; ce sont des vérités, vérités bien établies par Sydenham, Boerhaave, Huxham, Pringle, Stoll, etc.

Nous félicitons M. Lasserre, interne des hôpitaux, de s'être appliqué, après avoir étudié ces grands maîtres, à nous tracer l'histoire de la constitution météorologique et médicale qui a régné dans les cinq premiers mois de 1840, et sous l'influence de laquelle se sont développées les pneumonies catarrhales épidémiques qu'il a observées à la Pitié, dans les salles de M. le professeur Piorry. On doit recommander cet ordre d'études à tous les médecins; et ce qu'il faut ajouter, c'est que l'exemple leur en est donné par un membre de la *Société anatomique*.

Les épidémies catarrhales ont fréquemment sévi sur les populations, sous l'influence de conditions atmosphériques particulières, pendant l'hiver et au commencement du printemps, époque où le temps est brumeux, pluvieux, froid et humide, où il existe des variations brusques

et surtout fréquentes de la température, où règnent les vents du nord et du nord-est; les membranes muqueuses et surtout celles des voies respiratoires se prennent. Ces affections, par l'intensité de la cause générale qui les produit, constituent quelquefois des fièvres catarrhales épidémiques qui frappent un grand nombre de personnes en même temps. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a vu des pneumonies venir s'enter sur ces affections catarrhales épidémiques des bronches; les grands médecins que nous avons nommés ont tracé l'histoire de constitutions épidémiques semblables.

Le commencement de l'année 1840 a présenté toutes les conditions météorologiques propres au développement des affections catarrhales. La fin de février et le mois de mars tout entier ont été très-froids et très-humides. La température a été très-variable, et les variations ont été toujours brusques. Le thermomètre, le plus souvent au-dessous de zéro, a varié plusieurs fois dans la même journée, et est monté de ce point à douze degrés. Les vents ont constamment soufflé du nord ou du nord-est.

C'est sous l'influence de cette constitution météorologique que s'est montrée à l'hôpital de la Pitié l'inflammation catarrhale des poumons qui fait l'objet du long mémoire de M. Lasserre; cette affection a sévi sur 31 malades des salles de M. Piorry, elle a été primitive dans cinq cas et consécutive, c'est-à-dire qu'elle s'est développée au milieu d'un catarrhe pulmonaire préexistant, chez 26 autres malades, dont 19 ont présenté l'état aigu de la broncho-pneumonie, et 17 la forme lente. C'est cette forme lente que la maladie a affectée le plus fréquemment.

Les sujets qui étaient atteints d'une inflammation catarrhale soit aiguë, soit chronique des bronches, avaient peu à peu, et presque toujours sans frisson, vu survenir un malaise général avec un léger mouvement fébrile; la toux devenait plus forte et plus fréquente, l'expectoration était plus abondante et tendait à devenir visqueuse; la respiration était un peu plus gênée. Si l'on auscultait alors, on trouvait les râles ronflants plus nombreux et plus fins, sur un point particulier de la poitrine, qui était presque toujours en arrière. On pouvait prévoir dès lors le développement de la pneumonie catarrhale, et si l'on ne s'opposait à sa marche, en quelques heures la percussion et l'auscultation ne laissaient plus aucun doute sur son établissement; il y avait de la matité, et le râle crépitant venait se mêler au râle ronflant et au souffle.

Antérieurement et consécutivement à l'invasion de cette inflammation catarrhale pulmonaire, quels autres phénomènes particuliers présentaient les sujets? Une réaction fébrile beaucoup moins prononcée que dans la pneumonie légitime, car, chez onze malades le pouls s'est maintenu au-dessous de 100 pulsations par minute, peu de chaleur à la peau, une soif modérée, peu ou point de céphalalgie, et une tendance à la prostration des forces.

Mais on notait des caractères très-tranchés du côté des voies digestives, chez les sujets atteints primitivement ou consécutivement, ayant la forme aiguë ou la forme lente de l'affection: la plupart présentaient un enduit jaune de la langue, de l'amertume à la bouche, de la constipation. Dans quelques cas, il s'y joignait une coloration jaune des conjonctives et de la face, et même, quoique plus rarement, des vomissements bilieux.

Il est évident, d'après cet ensemble de symptômes, qu'on n'avait point affaire à une pneumonie inflammatoire ordinaire, et que MM. Piorry et Lasserre ont sagement vu en comparant cette épidémie à la fièvre pneumonique bâtarde (peripneumonia notha) de Sydenham, et à l'épidémie catarrhale de 1776, décrite par Stoll. A l'exemple de ces deux grands médecins, ils ont été très-réservés sur les émissions sanguines, et se sont très-bien trouvés des éméto-cathartiques et du vésicatoire.

Dès que l'on reconnaissait que l'inflammation se propageait des bronches aux vésicules pulmonaires, une saignée générale était avantageuse; mais il ne fallait pas insister plus tard sur ce moyen. S'il y avait une douleur de côté, ce qui était fréquent dans la maladie, qu'il y eût ou non complication de pleurésie, on appliquait des sangsues et préférablement des ventouses, puis immédiatement chez tous les malades de larges vésicatoires volants sur la poitrine, qu'on renouvelait au besoin, sans attendre même que la cicatrisation du premier fût complète: ce moyen a eu d'excellents effets, et l'on a vu la pneumonie au début être arrêtée par lui.

Mais c'est l'émétique qui a dominé la thérapeutique de la pneumonie catarrhale; pour peu qu'après les moyens précédents on continuât à entendre sur plusieurs points de la poitrine des râles suspects, on n'hésitait pas à le mettre en usage. Tous les malades, à l'exception d'un seul, y ont été soumis. Dans un julep gommeux de 125 grammes on faisait dissoudre de 30 à 40 centigrammes de tartre stibié, et on l'administrait par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure; dans chaque intervalle on faisait prendre deux ou trois petites tasses de tisane pectorale. Chez tous les trente malades il y a eu par ce remède des vomissements toujours bilieux, et des selles nombreuses composées en grande partie par de la bile. La durée de la maladie a été d'autant plus longue que le tartre stibié a été administré plus tard. Dans tous les cas heureux, le deuxième, le troisième et rarement le quatrième jour de son emploi, le râle crépitant de retour commençait à se faire entendre.

D'après les observations de M. Lasserre, la broncho-pneumonie épidémique occupe presque constamment la partie postérieure des poumons. C'est au décubitus dorsal longtemps prolongé, qu'il attribue cette circonstance : de là, le conseil qu'il donne de faire souvent changer de position au malade. Sydenham avait aussi fait jouer un rôle au décubitus dorsal dans la pneumonie bâtarde.

Sur les 31 malades atteints de pneumonie catarrhale, M. Piorry n'en a perdu que deux. La durée du traitement, depuis l'entrée jusqu'à la convalescence, a été 10 fois de 6 jours, 9 fois de 5 jours, 4 fois de 8 jours. Le reste des malades ont été guéris en moins de temps. Le temps de la convalescence a beaucoup varié. En général, les malades chez lesquels on a mis en usage les saignées, ont, quoique robustes, été plus longs à se remettre, surtout lorsque les saignées avaient été pratiquées à une époque assez avancée de la maladie. Chez les individus qui avaient pris pendant plusieurs jours de suite du tartre stibié, la prostration paraissait extrême au moment de la convalescence, et malgré cela les forces sont toujours revenues promptement. (*Archives de méd.*, octobre 1842.)

PROSTATE (*Des plaies de la*). Les pathologistes, tout en se préoccupant beaucoup des tumeurs et des engorgements de la prostate, n'ont guère envisagé les plaies de cette glande qu'au point de vue de la lithotomie et comme résultat de cette opération; aussi faut-il savoir gré à M. Velpeau de ses recherches sur ce point intéressant de pathologie, trop négligé avant eux.

Les plaies de la prostate ne sont pas rares : produites soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors, elles sont déterminées par l'action d'un instrument tranchant, contondant ou piquant. Parmi celles qui ont lieu de la peau vers les parties profondes, M. Velpeau cite l'exemple d'un vigneron qui, à la suite d'une chute d'un arbre sur la pointe d'un échalas, présenta une plaie avec déchirure de la prostate; et celui d'un cordonnier qui, en s'asseyant sur la pointe de son tranchet, se fit une plaie du même genre. Ajoutons que la chirurgie militaire nous montre la prostate bien souvent divisée, soit par des instruments tranchants, soit par des projectiles qui arrivent jusqu'à cette glande après avoir traversé le bassin et le rectum.

On conçoit qu'elle puisse encore être lésée par des corps étrangers provenant du rectum, tels qu'épingles, noyaux, fragments d'os, etc. Reconnaissons toutefois que la taille périnéale produit le plus grand nombre des plaies de cet organe, et ajoutons-y l'opération dite de la boutonnière pratiquée dans le but d'extraire des corps étrangers engagés dans la portion de l'urètre très-rapprochée de la vessie. Quant aux plaies de la prostate qui ont lieu de dedans en dehors, elles reconnaissent pour cause les diverses opérations que l'on pratique à l'intérieur de l'urètre; ainsi l'application des caustiques dans sa portion la plus reculée, les scarifications, les mouchetures, la section de certaines brides, l'excision de végétations; toutes ces actions chirurgicales peuvent intéresser la prostate; mais avant tout on doit signaler le cathétérisme, pour les fausses routes qu'il cause dans son épaisseur.

Le diagnostic des plaies de la prostate est en général facile, quelle que soit d'ailleurs la cause vulnérante. En effet, si la blessure porte sur l'urètre seulement, l'urine ne sort par la plaie qu'au moment de son expulsion volontaire, tandis que si la prostate est

divisée, l'urine suintera par la plaie dès les premières contractions de la vessie, et continuera à s'en échapper après qu'il n'en sortira plus par le méat. Enfin, si la plaie de la prostate remonte très-loin dans son épaisseur, il y aura incontinence des urines.

Il s'en faut que le diagnostic des plaies de la prostate par cause interne soit aussi facile; les praticiens savent tous ce qu'il y a de difficulté, dans certains cas, à reconnaître d'une manière bien positive les fausses routes, résultat des déchirures de cette glande par les cathèters. On peut dire cependant que si le bec d'une sonde est engagé dans une fausse route, on s'en assure à l'impossibilité l'évoluer en aucun sens, fixé qu'il est dans un canal artificiel qui l'embrasse exactement et sur tous les points. Si on ajoute à cette considération l'écoulement d'une quantité de sang plus ou moins considérable au moment où l'on retire la sonde, l'existence de la fausse route sera difficilement alors un objet de doute. Enfin, on en aura la certitude si la sonde se trouve ainsi engagée à plus de quatorze centimètres du méat urinaire, et si avec le doigt porté dans le rectum on constate que l'instrument n'est séparé de l'intestin que par une faible épaisseur de tissu.

Les plaies de la prostate n'ont pas toutes le même degré de gravité; encore les accidents auxquels elles exposent dépendent-ils bien moins de la lésion même de la glande dont la sensibilité, le gonflement, la suppuration et la dégénerescence ont une médiocre influence sur l'ensemble de l'économie, que de l'infiltration urineuse et de ses suites presque toujours funestes. — Sous ce dernier point de vue, M. Velpeau distingue les plaies de la prostate en celles qui s'ouvrent dans le bassin ou au périnée, et celles qui ne communiquent qu'avec l'intérieur de la vessie ou de l'urètre, ou bien encore qui s'ouvrent dans l'urètre et du côté du périnée. — Les premières seules exposent aux inflammations urineuses de tout le tissu cellulaire pelvien; les secondes déterminent seulement les fistules urinaires. Or, qui ne sait que sous le rapport de la gravité il n'existe aucune parité entre ces deux faits morbides? Ajoutons qu'une des complications fâcheuses de ces solutions de continuité est la lésion des vésicules séminales ou des canaux éjaculateurs.

Quant aux fausses routes, surtout si elles sont incomplètes, il semble à M. Velpeau qu'on s'en est beaucoup exagéré l'importance; et lors même qu'elles s'ouvrent dans la vessie, elles ne sont pas encore aussi graves qu'on le pense. « La densité du tissu prostatique, son insensibilité, son imperméabilité naturelle donnent aux canaux qui la traversent accidentellement quelques-uns des caractères qui distinguent les canaux inertes. »

M. Velpeau est tellement convaincu de l'innocuité de ces fausses routes, qu'il a pensé que le cathétérisme forcé au travers de la prostate par l'urètre, serait peut-être préférable dans les rétentions d'urine à la ponction par l'hypogastre, le périnée ou le rectum. Nous laissons à M. Velpeau la responsabilité tout entière de cet aperçu thérapeutique, convaincu que pour le réaliser en pratique nos lecteurs attendront qu'il repose sur une base plus solide qu'une vue purement théorique.

Pour ce qui est du traitement des plaies de la prostate, qu'elles soient internes ou externes, la principale indication consiste à s'opposer à l'écoulement des urines par la plaie; c'est cet écoulement qui empêche la cicatrisation, et transforme en fistule presque toujours incurable une solution de continuité qui n'exige pas d'autres moyens curatifs à l'exception des sondes à demeure dans la vessie, que ceux généralement conseillés et mis en usage dans le traitement des plaies en général. (*Gaz. des hôp.*, septembre 1842.)

SEIGLE ERGOTÉ (*Un mot sur les effets du*). Il ne peut être question aujourd'hui de révoquer en doute les avantages obstétricaux du seigle ergoté. Quelques médecins peu instruits et les sages-femmes peuvent compromettre les vertus de ce médicament en l'administrant d'une manière intempestive, mais il est reconnu par les praticiens sages et éclairés qu'il n'est pas de meilleur moyen à mettre en usage lorsque le col de l'utérus étant suffisamment dilaté, l'inertie de la matrice s'oppose seule à la terminaison de l'accouchement. L'utilité de ce remède est également bien établie dans les hémorrhagies utérines consécutives à l'accouchement. Nous ne nous étendrons pas davantage sur les indications et les contre-indications du seigle ergoté; ces faits sont suffisamment connus

par les divers travaux publiés dans ce recueil.

Un seul point de l'article que M. Ladmirault a publié dans le *Journal de médecine de Nantes*, doit être mentionné. Ce confrère pense que le seigle ergoté peut, dans certains cas, déterminer la mort de l'enfant par asphyxie ou par apoplexie, et voici comment. Le médicament a été administré; des contractions ont eu lieu; la tête a franchi l'orifice utérin; arrivé à ce temps, le travail s'arrête. Alors, dit-il, les contractions utérines s'exercent d'une manière permanente sur le cou de l'enfant et même sur le cordon en même temps, lorsque, ce qui arrive souvent, le flot des eaux en aura entraîné une anse sur les parties latérales du cou. Cette compression plus ou moins forte sur les veines jugulaires ou sur le cordon ombilical, ou sur les deux à la fois dans quelques cas, est, après l'administration du seigle ergoté, la cause de l'asphyxie ou de l'apoplexie de certains enfants. M. Ladmirault en a vu des exemples. Veut-il pour cela qu'on renonce à l'emploi d'un moyen aussi précieux que le seigle ergoté? Non, sans doute; il recommande seulement, dans le cas où l'enfant ne serait pas promptement expulsé après la prise du remède, de se hâter d'appliquer le forceps afin de le soustraire à l'action incessante du seigle ergoté. Toutes les fois, dit-il, qu'on emploie cette substance et qu'elle ne produit pas son effet accoutumé, si on diffère trop longtemps l'application du forceps, on a la douleur d'extraire un enfant dans un état d'apoplexie ou d'asphyxie, et le plus souvent privé de vie. Il a vu cela arriver plusieurs fois sans pouvoir soupçonner une autre cause capable de produire de si funestes effets.— C'est aux accoucheurs à peser la valeur de cette opinion. (*Journ. de méd. de la Loire-Inférieure*, 84e liv., 1842.)

SQUIRRHE *de la glande mammaire, guéri par l'iodure de potassium.* « Qui raconte ce qu'il a vu a droit d'être entendu. » C'est donc faire acte d'équité médicale que de rapporter tous les faits qui par un côté quelconque peuvent être profitables à la thérapeutique. Nos lecteurs jugeront si le suivant n'est pas dans ces conditions.

Madame S..., dont la santé a toujours été bonne, cessa d'être réglée à quarante-cinq ans; à cette époque, une tumeur squirrhouse, très-dure, se développa dans la mamelle droite; en peu de temps elle acquit le volume du poing. Le teint reste rosé, et la malade ne perd pas de son embonpoint. Le squirrhe, dont la surface était bosselée et recouverte d'une peau amincie, bleuâtre, adhérente, poussa un prolongement en forme de chapelet dans l'aisselle. La malade se refusant à l'opération, le docteur Frière, de Goldapp, prescrivit l'application topique de l'iodure de potassium sous forme de pommade, et il donna en même temps à l'intérieur la potion suivante :

Pr.: Hydrolat de mélisse	60 gram.
Iodure de potassium.........	4 gram.
Elixir d'orange composé......	15 gram.

A prendre par cuillerées à bouche.

Au bout de six mois, le squirrhe se trouva guéri complétement. La malade avait employé, pendant ce laps de temps, 400 grammes (environ 13 onces) d'iodure de potassium. (*Journ. des Connais. méd.* Septembre 1842.)

— L'iodure de potassium est loin d'être un médicament dont l'action puisse être régularisée au gré du médecin; il a une action pathogénique dont les effets sont en général assez prompts à se manifester, et que M. Ricord, le premier, a signalée dans l'avant-dernier numéro de notre journal. Aussi regrettons-nous de ne pas voir mentionner dans cette observation si remarquable par la quantité du médicament ingéré, ses effets sur l'ensemble de l'économie. Serait-ce qu'ils ont été nuls? Dans cette hypothèse, ce fait prouve à quel point de tolérance on peut arriver, quand on a soin de doser progressivement un médicament même des plus actifs. Il démontre en outre la justesse de ce principe fondamental de thérapeutique, que l'on ne peut jamais connaître d'une manière exacte le sens suivant lequel l'économie sera modifiée par une médication tant qu'elle n'aura pas été soumise à l'agent médicateur et mise ainsi en demeure de réagir contre lui.

Enfin, que penser de la résolution du squirrhe lui-même avec les caractères on ne peut plus confirmatifs que lui assigne l'observation? C'est là sans doute une guérison inespérée, et si l'observateur n'a pas pris le change sur la nature véritable de la tumeur, il faudrait croire que l'iodure

de potassium, à hautes doses, a des propriétés que nous ne soupçonnions pas. C'est à l'expérience de contrôler ce résultat insolite par de nouvelles recherches.

TÉTANOS TRAUMATIQUE, *traité avec succès par le sesqui-carbonate de fer.* Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, qui eut le gros orteil écrasé par une roue de voiture. Huit jours après l'accident il fut frappé d'emprosthotonos; il pouvait à peine avaler, les mâchoires serrées n'admettaient dans leur écartement qu'une petite cuiller. Pouls à 108, transpiration abondante, yeux hagards, contenance anxieuse. Calomel 30 centig., huile de castor 60 gram. Le soir pas d'amélioration, malgré l'effet purgatif obtenu. Sesqui-carbonate de fer 2 drachmes à prendre toutes les deux heures. Le lendemain 18 avril, pas d'amendement : on continue le fer, dont la dose est augmentée. Le soir la respiration est plus libre. Même traitement.

Le 19 le malade avale mieux, parle plus distinctement et peut se tourner dans son lit. On continue le fer à la dose de 60 gram. en deux heures. On administra cette quantité jusqu'au vingt-septième jour, où le malade put se lever et sortir. On la réduisit alors par degrés jusqu'au 11 mai, où l'usage du fer fut tout à fait supprimé, le malade étant complétement guéri.

—Si l'efficacité du fer contre les affections nerveuses fréquemment observées chez des sujets débilités, et surtout chez des femmes chlorotiques, est un fait généralement connu; cette efficacité dans le tétanos nous a paru assez remarquable pour soumettre à nos lecteurs cette médication nouvelle, qui tendrait jusqu'à un certain point à éclairer la nature de cette terrible maladie. (*Gaz. méd. de Paris,* octobre 1842).

TRANSPOSITION *du cœur à droite et du foie à gauche.* A l'ouverture de cadavres on a maintes fois trouvé le cœur situé à droite dans la poitrine et le foie dans l'hypocondre gauche, sans qu'on ait soupçonné cette disposition pendant la vie du sujet. Mais la constatation sur le vivant d'une semblable anomalie est un fait rare, à tel point qu'un de nos plus savants médecins, M. Delens, qui en a rapporté un exemple à la Société de médecine de Paris, n'en connaît pas d'observation publiée dans les annales de la science. M. Delens soigne une dame chez laquelle il a constaté, il y a trente ans, la transposition des organes dont il s'agit. Après s'être essoufflée à la danse, cette dame, alors jeune fille, pour maîtriser la violence des battements de son cœur, porta la main sur le côté droit de la poitrine. Cette position peu rationnelle de la main fut l'indice qui dirigea l'exploration de notre honorable confrère, qui, le lendemain, reconnut en effet chez elle la transposition du cœur dans le côté droit de la poitrine; un examen attentif lui fit reconnaître également la présence du foie dans l'hypocondre gauche. Cette dame est encore pleine de vie, et l'on peut constater chez elle cette anomalie. (*Procès-verbaux de la Soc. méd. de Paris,* octobre 1842.)

VARIOLE (*Transmission de la) de l'homme aux animaux.* M. Rayer, dont tant de fois nous avons à mentionner le nom pour des travaux importants, commence un recueil trimestriel intitulé *Archives de médecine comparée.* Ce recueil a pour destination immédiate l'étude des maladies dans la série animale, pour but lointain l'histoire universelle de ces maladies, pour point de vue constant la comparaison et la généralité, et la spéculation pure pour caractère nécessaire.

M. Rayer le déclare dans son avertissement, sa publication est une œuvre de science; elle n'a aucune destination pratique, on ne peut en attendre aucune application immédiate; et il ajoute cette réflexion pleine de vérité, « que dans la médecine, la distinction fondamentale entre *la science et l'art* n'est peut-être pas aussi communément inculquée dans les esprits qu'il importerait qu'elle le fût. » Quoique notre journal ait pour but unique l'art, la pratique, nous trouverons néanmoins souvent de quoi glaner dans le savant recueil de M. Rayer. Ainsi, dans ce premier numéro même, nous pourrions intéresser nos lecteurs en leur parlant des anévrysmes *vermineux* de l'artère mésentérique qu'on rencontre chez le cheval, l'âne et le mulet; des vers qu'on trouve dans le sang, dans le cœur, les artères, les veines de certains animaux; des acares vivant dans les follicules pileux de l'homme en santé et en maladie, etc., etc. La

désignation pure et simple de ces différents articles fera tout à fait comprendre l'esprit de cette publication. Nous nous bornerons aujourd'hui à extraire quelques lignes d'un article de M. Rayer sur les maladies qui ont régné sur l'homme et sur les animaux pendant l'été de 1842. Les maladies épidémiques qu'on a remarquées sont la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde et la scarlatine. La rougeole et la scarlatine n'ont jamais été observées sur les animaux; quant à la variole, plusieurs médecins et quelques vétérinaires affirment l'avoir observée sur plusieurs animaux. M. Rayer a cherché pendant l'épidémie régnante à vérifier cette assertion : ses recherches ont été infructueuses.

Du reste, si la petite vérole n'atteint pas spontanément les animaux ou les attaque très-rarement dans les épidémies varioliques, elle peut leur être transmise par contact et par inoculation. Paulet, Huzard, assurent avoir observé la transmission de la petite vérole de l'homme aux singes. Vibory a aussi transmis par inoculation la petite vérole de l'homme à plusieurs singes, au chien et au porc. M. Grève, en 1812, a vu également la petite vérole de l'homme se développer chez un singe qui avait joué avec des enfants malades de cette affection. Les boutons se développèrent et eurent leur cours. Il prit du pus variolique sur ce singe et en inocula un chien barbet à la jambe droite; une éruption variolique s'ensuivit sur ce chien. En 1814, M. Grève prit du pus sur un enfant qui avait une éruption variolique de bonne nature, et en inocula 2 singes, 4 jeunes porcs, 8 chiens et 2 renards. Les 2 singes, 3 porcs, 7 chiens et 1 renard furent infectés. Ainsi, si ces animaux ne sont presque jamais atteints de la variole de l'homme pendant les épidémies, cette maladie peut cependant leur être transmise par inoculation. (*Archives de médecine comparée*, octobre 1842.)

VARIÉTÉS.

Congrès scientifique de Strasbourg. — Le congrès scientifique de 1842, qui a ouvert sa session à Strasbourg le 28 septembre dernier, a été remarquable par le nombre de savants de tous les pays qui y ont pris part, et par les importants travaux qui ont occupé les séances des sessions. Le congrès a eu onze jours de travaux actifs, onze séances générales et quatre-vingt-neuf séances de section; 1,008 personnes y ont pris une part active. Toutes les nations y avaient pour ainsi dire leurs représentants. On y comptait 139 Allemands, 33 Suisses, 11 Italiens, 6 Anglais, 5 Russes, 5 Belges, 3 Hongrois, 2 Polonais, 1 Suédois, 1 Norvégien, 1 Hollandais, 1 Espagnol, 1 Américain.

La section des sciences médicales a été une des plus nombreuses; 242 médecins, pharmaciens et chimistes ont pris part à ses travaux. Nous citerons les noms honorables de MM. Nœgelé, de Heidelberg; Textor, de Wurtzbourg; D'ammon, de Dresde; Mayor, de Lausanne, Bertini, de Turin; Vleminks, de Bruxelles; de Haldat, de Nancy; Lepelletier, du Mans; Bonnet, de Besançon; Pravaz et Pétrequin, de Lyon, etc., etc. La section des sciences médicales a élu pour son président, M. Forget, professeur de la Faculté de Strasbourg; pour vice-présidents, MM. Ehrmann, Textor, de Wurtzbourg, et Mayor, de Lausanne; pour Secrétaire, M. Stœber, et pour secrétaires-adjoints, MM. G. Tourdes et Oppermann. Cette section a tenu douze séances; elle a traité 13 questions du programme,

et entendu à leur occasion 14 mémoires ; elle en a reçu 20 autres sur divers sujets; total 34 travaux étendus.

Séance d'ouverture de la Faculté.—Discours de M. Trousseau. —La séance d'ouverture et la distribution des prix de la Faculté a eu lieu dans le grand amphithéâtre, le 3 novembre dernier. Le discours a été prononcé par M. Trousseau. Ce professeur a pris pour sujet, les Méthodes médicales. De sa parole abondante et vive, il a combattu la méthode numérique et ses applications pour donner l'avantage à la méthode d'induction ; il veut qu'on ne confonde pas dans la médecine, l'art et la science. La médecine, c'est l'art de guérir. Le praticien est un artiste, comme le poëte, le peintre, le musicien ; c'est déranger la médecine de sa voie utile que d'en faire, comme on le veut aujourd'hui, une science, pour la mettre à côté des mathématiques, de l'astronomie, de la physique. Il n'appartient pas à tout le monde de devenir artiste, au lieu que les intelligences les plus subalternes peuvent acquérir la science. Voilà en quatre mots la substance du discours de M. Trousseau.

Correspondants français de l'Académie de médecine de Belgique. — L'Académie de médecine fondée l'an passé à Bruxelles a élu en France pour ses correspondants : MM. Bégin, Bouillaud, Breschet, Chevalier, Chomel, Dumas, Flourens, Forget à Strasbourg, J. Guérin, Lallemand à Montpellier, Leroy-d'Étiolles, Lisfranc, Magendie, Moreau, Orfila, Roux, Serres à Montpellier, Soubeiran, Velpeau.

Sœurs de la Charité à Alger. — Vingt-deux sœurs de la Charité viennent de partir pour Alger, où elles sont appelées à desservir l'hospice civil de la capitale de notre colonie africaine.

— Voici la question mise au concours pour 1843 par l'excellent *Journal d'Oculistique* publié à Bruxelles par M. le docteur Cunier : « Faire l'histoire de la cataracte capsulaire secondaire ; décrire ses variétés, ses causes, et les meilleurs procédés pour la détruire. » Le prix est une médaille d'or de la valeur de 150 francs et un abonnement gratuit de cinq années. Les mémoires, écrits en latin, français, hollandais ou allemand, doivent être adressés à M. le docteur Cunier, 13, Montagne-Sainte-Élisabeth, à Bruxelles, avant le 1er août 1843.

— La *Société de médecine de Strasbourg*, qui vient de se fonder, a tenu le 10 novembre sa première séance. Elle se compose de 60 membres professeurs de la Faculté ou praticiens de la ville. Elle s'est constituée en nommant M. Ehrmann président, MM. Stoltz et Forget vice-présidents, MM. Stœber et Tourdes fils secrétaires, et M. Oberlin archiviste-trésorier.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LA COMPLICATION DE QUELQUES PHÉNOMÈNES, DITS TYPHOÏDES, AVEC DES MALADIES DIVERSES.

La fièvre typhoïde domine aujourd'hui la pathologie interne. Cette mystérieuse et terrible affection, que nos prédécesseurs, avec tant de raison et de bon sens, avaient qualifié de *maligne*, a mis en défaut jusqu'ici les plus savantes, les plus sagaces et les plus persévérantes recherches. Loin de se décourager par la stérilité de leurs efforts, les médecins modernes semblent au contraire les redoubler à mesure que croissent et se multiplient les motifs d'incertitude et de doute; car, chose pénible, mais malheureusement trop vraie, chaque pas fait sur ce terrain, loin d'éclaircir la matière, semble rendre plus épaisses les ténèbres qui l'entourent. Il y a plus; l'attention de quelques praticiens est tellement absorbée par la fièvre typhoïde, qu'ils la voient là où souvent elle n'existe pas, qu'ils donnent à certains symptômes une valeur exagérée, et que, sur la foi de résultats thérapeutiques favorables, parce qu'ils étaient faciles, ils encombrent la pratique de préceptes décevants quand ils ne sont pas dangereux.

Il y a aujourd'hui un beau travail de pratique à faire, très-opportun et très-utile, c'est celui de rechercher quelles sont les maladies qui peuvent revêtir un ou plusieurs caractères de la fièvre typhoïde, et quelle est la modification que cette forme nouvelle doit apporter à leur traitement. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion d'observer des phlegmasies diverses présentant, soit dès leur début, soit dans leur marche, soit dans leur terminaison, des phénomènes insolites tout à fait analogues à ceux de la fièvre typhoïde; la littérature médicale possède un grand nombre de faits de ce genre, mais il n'en est pas encore résulté un travail d'ensemble et de coordination qui conduise à des préceptes de thérapeutique importants. Les bons observateurs de tous les temps ont noté les formes adynamique et ataxique que présentaient les maladies dans certaines circonstances; mais toutes les maladies sont-elles dans ce cas? A quelle époque de leur existence arrivent ces phénomènes? Quelles conséquences en faut-il tirer pour le traitement? Tout cela est encore fort obscur, et demande une observation nouvelle.

Cette courte note n'a certainement pas la prétention de combler cette lacune. Raconter quelques faits récemment observés, qui pourront être

consultés pour un travail ultérieur, tel est le seul but de cet article.

Dans le mois d'août dernier, à l'époque où un grand nombre de fièvres typhoïdes s'observaient à Paris, je fus appelé pour voir un jeune homme de vingt et un ans, menuisier, logé passage Saulnier. Ce jeune homme était malade depuis cinq jours; après une journée passée à la barrière, où, sans faire de grands excès de boisson, il avait dansé une partie de la nuit, il se trouva, le lendemain, très-fatigué, se plaignit de douleur de tête et d'un malaise général, qu'il crut combattre en prenant plusieurs verres de vin chaud. Le lendemain le malaise augmenta; il éprouvait des nausées, une céphalalgie violente, de la diarrhée; il eut une épistaxis. Aggravation des accidents les jours suivants, un peu de délire pendant la nuit; les parents effrayés m'envoient chercher.

Je le trouve dans l'état suivant : hébétude, stupeur prononcée, regards incertains, langue sèche, très-rouge à la pointe, avec enduit jaunâtre; lèvres et gencives très-sèches; ventre ballonné, douleur et gargouillement à la région iléo-cœcale; pouls fort, redoublé, fréquent (115 à 120); quelques taches rosées lenticulaires sur la poitrine et à la partie interne des bras. Depuis vingt-quatre heures il n'a pas été à la selle. Râle sibilant dans la poitrine, petite toux assez fréquente sans expectoration.

Sur cet ensemble de phénomènes personne, je crois, n'eût hésité à diagnostiquer une fièvre typhoïde grave; c'est aussi ce que je fis. Un peu sceptique à l'endroit du traitement de cette maladie, je me bornai à prescrire une boisson émolliente, des cataplasmes émollients sur le ventre, et quelques révulsifs aux extrémités inférieures.

Bien m'en valut; le lendemain, à mon grand étonnement, les graves phénomènes cérébraux avaient disparu, les taches rosées lenticulaires ne se reconnaissaient plus, cachées qu'elles étaient sous l'éruption générale, presque confluente, du premier degré de la variole. C'était bien, en effet, cette fièvre éruptive qui parcourut toutes ses périodes avec ses phénomènes ordinaires, si ce n'est que la période de desquammation fut plus longue et moins franche qu'elle ne l'est généralement.

Je ne crois pas, du reste, que par quelque traitement que ce fût j'eusse empêché le développement de la variole : sa marche régulière aurait pu en être troublée, sa terminaison autre et peut-être funeste; mais il n'est au pouvoir d'aucune médication, quoi qu'on en dise en certains lieux, de juguler une variole. J'ai eu occasion d'en être convaincu par l'exemple suivant, qui présente tant d'analogie avec le précédent, que si je l'avais eu bien présent à la mémoire, j'aurais peut-être été plus circonspect dans mon premier diagnostic.

Un jeune homme de vingt-trois ans, cordier, après être sorti de

l'Hôtel-Dieu, où il était resté quelques jours pour une courbature générale, éprouva de nouveau de la fatigue, de la céphalalgie, des tintements et des bourdonnements d'oreilles, du dévoiement et une épistaxis. Après huit jours de ces prodromes, il entra à la clinique de la Charité avec les phénomènes suivants : langue rouge à la pointe et sur la circonférence, blanchâtre à la base; douleur et gargouillement dans la région iliaque droite; région sous-ombilicale légèrement météorisée; pouls à 92; plusieurs papules rouges, s'effaçant par la pression, sur l'abdomen et à la base de la poitrine, une selle liquide, deux vomissements dans la journée, faiblesse générale, courbature, céphalalgie, étourdissements, tintements d'oreilles; épistaxis dans la matinée (saignée du bras 3 palettes); diagnostic: fièvre typhoïde, cas grave.

Le lendemain, taches rosées plus nombreuses, quelques sudamina; stupeur prononcée, hébétude du regard, parole lente et faible, lèvres et narines sèches, haleine fétide, tension et gargouillement dans la région iliaque; pouls à 94, légère épistaxis le matin; le sang de la saignée offre un caillot d'une mollesse diffluente, sans couenne (nouvelle saignée de 3 palettes; ventouses scarifiées).

Le troisième jour, une éruption pustuleuse de petite-vérole couvre le front, les doigts, le cou, les poignets, et cette maladie suit dès lors sa marche ordinaire, en même temps que se sont dissipés tous les symptômes typhoïdes qui avaient inspiré de l'inquiétude.

Les praticiens qui ont admis l'identité des éruptions varioleuses et typhoïdes, qui ont appelé la fièvre typhoïde une variole interne, verraient dans ces deux faits une confirmation de leurs idées. Malheureusement pour eux ce n'est pas seulement dans la variole qu'on peut observer la coïncidence ou la complication, si l'on veut, des phénomènes typhoïdes. Il n'est pas de fièvre éruptive qui ne puisse leur donner lieu, et j'en ai observé un très-bel exemple dans la scarlatine, à la Charité, dans les salles de M. Andral.

Un jeune maçon, âgé de quinze ans, après avoir éprouvé, depuis 15 jours, une courbature générale, des épistaxis et de la diarrhée, entre à l'hôpital le 31 août dernier. On note les phénomènes suivants : stupeur, coloration rouge de la peau, 108 pulsations, râle sibilant dans la poitrine; langue sèche, rouge; fuliginosités sur les dents et sur les lèvres; ventre tendu, gargouillement à droite sur la fosse iliaque; selles fréquentes; rougeur et gonflement de la gorge, recouverte au fond de plaques diphthéritiques.

L'éruption scarlatineuse se dessina les jours suivants et parcourut ses périodes accoutumées; mais les phénomènes de stupeur, le gargouillement, la diarrhée, persistaient encore que la desquammation était

presque complète. Ils se dissipèrent peu à peu, et le malade arriva à une convalescence franche et durable.

Ce n'est pas seulement dans les fièvres éruptives que l'apparence typhoïde peut se mêler à d'autres phénomènes morbides. On l'a vue survenir à l'occasion d'affections les plus légères, et faire changer du jour au lendemain, pour ainsi dire, un pronostic grave.

Le 2 décembre dernier entra à l'hôpital des Enfants un jeune garçon de onze ans, malade depuis trois jours. Sa maladie a débuté par une violente courbature ; la nuit suivante, forte chaleur, suivie de sueurs ; puis mal à la tête et au ventre. Les parents lui donnent de l'absinthe, qui le fait vomir. Le soir, il est sans connaissance. Le troisième jour, délire et agitation ; on le mène à l'hôpital, où on observe ce qui suit : agitation extrême, réponses nulles ou incohérentes ; langue blanche au centre, rouge aux bords, sèche ; haleine fétide, pas de ballonnement, pas de selles ; pouls irrégulier, peu fréquent ; un peu de toux. (Limonade, deux lavements purgatifs qui déterminent une selle abondante ; sinapismes aux pieds). L'agitation continue ; il a la langue rouge, sèche ; il se plaint de douleurs à la région iliaque droite ; un peu de délire.

Le 4 décembre, même état (eau de Sedlitz). Le 5, tous les symptômes se sont amendés, et le jour suivant il entre en convalescence.

Bien que le diagnostic du chef de service ait été formel, tout le monde répugnera à voir là un exemple de fièvre typhoïde confirmée. Cet enfant a présenté quelques phénomènes simulant cette affection redoutable, que quelques verres d'eau de Sedlitz ont dissipés comme par enchantement. Or, on sait combien est énergique l'action des stimulants intestinaux sur les congestions cérébrales, si fréquentes dans l'enfance.

Ces faits, qu'il serait très-facile de multiplier, et dont chaque praticien a observé des exemples, ne doivent pas être stériles pour la pratique. Les anciens observateurs, Morton, Sarcône, Baglivi, Dehaën, Pinel, etc., ont beaucoup insisté sur les caractères insidieux que peuvent revêtir certaines fièvres ; leurs observations témoignent de l'attention qu'ils portaient à ce sujet ; mais, privés des lumières que le diagnostic offre en ce moment, il est souvent difficile de reconnaître à quelles affections ils ont eu réellement affaire. Un travail de ce genre donnerait aujourd'hui d'autres résultats. S'il était possible de tirer des conclusions légitimes des quelques faits que j'ai cités, on pourrait dire :

Que le diagnostic de la fièvre typhoïde n'est pas toujours aussi clair, aussi facile que le disent la plupart des auteurs contemporains ;

Que quelques fièvres éruptives, la variole entre autres, peut débuter par un ensemble de symptômes tout à fait identique à celui de la fièvre typhoïde ;

Qu'il semble que l'éruption variolique une fois déterminée, l'appareil typhoïde se dissipe et s'éteint ;

Que cet appareil typhoïde se présente comme coïncidence ou complication dans une foule de maladies diverses ;

Qu'au début de ces maladies, il ne paraît avoir aucune influence sur leur développement et sur leur marche ;

Enfin, qu'à cette période de début, il ne paraît pas donner lieu à des indications de traitement spéciales.

Amédée Latour.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS FÉBRIFUGES DU CNICIN (PRINCIPE AMER DU CHARDON BÉNIT),

Par M. Nonat, médecin des hôpitaux, etc.

Quoique nous ayons dans le quinquina un remède efficace contre les fièvres intermittentes, cependant, en raison du tribut que cette écorce nous impose chaque année, on conçoit que la découverte d'un fébrifuge indigène capable de remplacer le quinquina serait de la plus haute importance. C'est pourquoi on ne saurait trop encourager les travaux entrepris dans cette direction.

Parmi les plantes qui croissent dans nos contrées, plusieurs jouissent de propriétés fébrifuges. Toutes, il est vrai, sont inférieures au quinquina ; mais si l'on parvenait à en séparer le principe actif, on finirait peut-être par trouver une substance analogue à la quinine. Espérons qu'un jour, grâce aux progrès de la chimie organique, nous serons en état de résoudre cette intéressante question. Le travail que nous réclamons pour toutes nos plantes fébrifuges a déjà été exécuté pour quelques-unes. Ainsi, M. Leroux, pharmacien à Vitry-le-Français, a obtenu le principe actif du saule, la *salicine ;* M. Deleschamps est parvenu à extraire le principe actif des feuilles de houx, l'*ilicine ;* enfin, M. Nativel, préparateur de chimie de M. Guérin, vient d'isoler le principe actif du chardon bénit, le *cnicin.*

La salicine a été l'objet d'un grand nombre d'expériences cliniques. Elle fut considérée par MM. Magendie, Miquel, et par d'autres médecins, comme susceptible de remplacer le sulfate de quinine dans beaucoup de cas. Voyez, sur ce sujet, le rapport de M. Magendie (*Annales de Chimie et de Physique*, t. XLIII, p. 440). Depuis cette époque, les expériences faites sur la salicine n'ont pas toutes été d'accord avec les résultats obtenus par les praticiens que je viens de citer. De mon côté, j'ai soumis la salicine à quelques essais, et je dois dire que ces essais

ne m'ont point révélé, dans cette substance, une grande puissance fébrifuge. J'ai vu la salicine couper la fièvre dans plusieurs cas, mais j'ai remarqué aussi qu'elle n'a aucune influence sur l'engorgement de la rate, et qu'elle ne met point les malades à l'abri des récidives qui succèdent aux fièvres intermittentes. Je publierai bientôt les expériences que j'ai faites à ce sujet.

L'ilicine est-elle plus efficace que la salicine? je ne saurais le dire, attendu que je n'ai jamais employé cette substance. J'ignore également quelles sont les vertus fébrifuges des feuilles de houx; mais il résulte des expériences de M. le docteur Emmanuel Rousseau, que, prises en poudre à la dose de six grammes pendant plusieurs jours, les feuilles de houx triomphent constamment des fièvres intermittentes. D'autres médecins ont retiré de bons effets de l'usage des feuilles de houx, soit en poudre, soit en décoction dans l'eau, soit en infusion dans du vin. Il me suffira de rappeler ici les résultats obtenus par M. Magendie, M. Constantin, médecin de la marine à Rochefort, M. Raymond, médecin à Toulon, MM. Delormel et Serrurier, à Paris, etc. Toutefois, nous devons faire observer, d'après M. Magendie, que les feuilles de houx n'arrêtent pas les paroxysmes fébriles avec autant de promptitude que le sulfate de quinine ou la salicine. Ajoutons, enfin, que plusieurs praticiens se sont servis des feuilles de houx sans aucun succès.

Ce qui tend du reste à prouver que les feuilles de houx et l'ilicine sont loin d'égaler la quinine, c'est que leur usage est, pour ainsi dire, tombé dans l'oubli.

Arrivons maintenant à l'étude des propriétés fébrifuges du principe actif du chardon bénit, découvert par M. Nativel, et désigné sous le nom de cnicin.

Ce principe immédiat se rencontre dans toutes les plantes de la famille des carduacées. C'est lui qui donne à l'artichaut sa saveur amère.

On sait depuis longtemps que le chardon bénit et plusieurs végétaux du même genre jouissent de la propriété de couper les fièvres intermittentes. Ces plantes sont employées dans ce but par les habitants des campagnes, et figurent au nombre des fébrifuges dans les ouvrages des médecins de la plus haute antiquité. Dès que le quinquina fut importé en Europe, l'usage du chardon bénit comme fébrifuge fut presque entièrement abandonné; mais, comme la quinine a une action plus efficace que le quinquina, il était possible que le cnicin produisît des effets plus avantageux que le chardon bénit. L'expérience seule pouvait décider cette question. En conséquence, M. Guérin ayant eu l'obligeance de me remettre une certaine quantité de cnicin, je soumis ce médicament à divers essais. Je commençai mes recherches sur ce sujet au mois de septembre 1838;

mais à cette époque, n'ayant eu à ma disposition qu'une très-petite quantité de cnicin, je fus obligé de suspendre mes expériences.

Au mois d'avril 1839, je repris la suite de mes recherches, et je pus me livrer à un plus grand nombre d'essais. J'aurais désiré varier davantage mes expériences, mais M. Guérin n'a pu me fournir la quantité de cnicin dont j'avais besoin. En attendant que je puisse compléter mes recherches, je crois devoir, dès à présent, faire connaître les résultats auxquels je suis arrivé.

Le cnicin est une substance d'un beau blanc, cristallisée, sans odeur, d'une amertume prononcée, qui laisse un arrière-goût nauséeux ; il est presque insoluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool et dans l'eau alcoolisée ; il n'a point d'action sur les papiers bleu et rouge de tournesol ; en un mot, il est parfaitement neutre. Il ne forme aucune combinaison avec les acides et les bases salifiables, et il s'altère facilement en présence d'un acide ou d'un alcali.

Avant d'entrer dans le détail des expériences que nous avons faites pour apprécier les vertus fébrifuges du principe amer du chardon bénit, disons quelques mots de son action physiologique.

Introduit dans l'estomac à la dose de vingt-cinq à cinquante centigrammes, le cnicin détermine une sensation de chaleur âcre, brûlante dans le pharynx et l'œsophage ; bientôt après il occasionne un sentiment de constriction plus ou moins incommode, qui paraît surtout occuper l'œsophage. L'impression qu'il développe sur la membrane interne de ce conduit a quelque ressemblance avec celle qui succède à l'ingestion d'une liqueur alcoolique. On peut diminuer et même faire cesser entièrement cette sorte d'impression en buvant quelques gorgées d'eau rougie. Le cnicin agit également sur l'estomac et les intestins. Il développe dans la région épigastrique une sensation de chaleur âcre plus ou moins forte, et dans bien des cas il provoque le vomissement. A ces effets se joignent fréquemment des coliques et de la diarrhée. Tels sont les phénomènes qui se manifestent après l'ingestion du cnicin dans l'estomac. Ces phénomènes ne sont pas de longue durée, ils disparaissent au bout de deux à trois heures. Je n'ai point vu le cnicin, à la dose de 25 centigr. à 1 gramm. 25 centigr. par jour, donner lieu à une phlegmasie de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Chez quelques sujets, l'excitation qu'il produit est telle, qu'elle peut devenir générale et s'élever jusqu'au mouvement fébrile. Ce dernier effet est d'une courte durée.

Ainsi le cnicin possède une saveur amère, nauséeuse ; il excite la tunique gastro-intestinale, fait naître des nausées et des vomissements peu d'instants après son ingestion dans l'estomac. Il agit ensuite sur les intestins et provoque des coliques et de la diarrhée. Il peut troubler la cir-

culation générale, produire l'accélération du pouls, augmenter la chaleur de la peau, en un mot, déterminer les phénomènes de la fièvre. Ces effets sont analogues à ceux qui résultent de l'administration d'une décoction de chardon bénit; ils ont pour caractère commun de se dissiper d'une manière rapide et de ne laisser aucune trace à leur suite.

Je n'ai point remarqué que la poudre de cnicin ait la propriété d'exciter les sécrétions de la sueur et de l'urine.

On ne peut disconvenir que l'action éméto-cathartique du cnicin ne soit un obstacle à son emploi comme fébrifuge.

J'ai essayé de diminuer cet effet, en associant l'opium au cnicin, mais je n'ai pas encore réussi à le dissiper tout à fait. Je me proposais d'administrer le cnicin en lavement, lorsque je fus obligé de suspendre mes expériences.

J'employai ce remède dans quinze cas de fièvres intermittentes, pendant les mois d'avril, mai et juin 1839.

Sur ces quinzes cas, la fièvre a été coupée onze fois quelques jours après l'administration du cnicin. Les paroxysmes ont cessé de paraître le deuxième ou le troisième jour du traitement. Dans ces onze cas, la maladie était plus ou moins ancienne ; ainsi, lorsque nous commençâmes l'usage du cnicin, la fièvre datait d'une époque qui variait entre huit et vingt-trois jours. Dans tous les cas nous avons constaté le retour de la fièvre, avant de donner le médicament. Une seule fois le cnicin fut administré dès le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital. J'ai cru devoir rappeler cette circonstance, parce que je n'ignore pas que plusieurs fièvres intermittentes sont susceptibles de se dissiper d'elle-mêmes sous l'influence seule du repos, des boissons délayantes et de la diète ; mais je sais aussi qu'elles s'arrêtent ordinairement moins vite que dans les cas où nous avons expérimenté le cnicin.

Cependant, comme à la rigueur on pourrait nous objecter que la fièvre abandonnée aux seuls efforts de la nature aurait pu guérir spontanément, nous avons eu soin de noter les changements survenus du côté de la rate, pendant l'emploi de la poudre de cnicin.

En général, lorsque les fièvres se dissipent spontanément, l'engorgement de la rate persiste après la cessation des paroxysmes fébriles. De là même, la raison pour laquelle les fièvres intermittentes livrées aux seules ressources de la nature sont extrêmement sujettes aux récidives. Nous nous bornons à rappeler ce fait, sur lequel MM. Bally et Piorry ont déjà fixé l'attention des médecins ; nous reviendrons sur ce point important de l'histoire des fièvres intermittentes, dans un travail que je me propose de publier bientôt. Ainsi, la rate n'éprouve souvent aucune diminution dans son volume lorsque la fièvre se dissipe d'une manière

spontanée. Eh bien, sur les quinze cas de fièvres intermittentes que nous avons traités par le cnicin, la rate a repris ses dimensions naturelles dans sept cas, elle a diminué de volume dans sept autres cas; une seule fois cet organe n'a subi aucun changement.

Cette influence du cnicin sur l'engorgement de la rate est d'une grande importance à nos yeux, car elle nous prouve que ce médicament modifie réellement la cause qui produit et entretient la fièvre.

Soit que nous consultions l'action du cnicin sur les paroxysmes fébriles, soit que nous interrogions les modifications que ce remède imprime à l'engorgement de la rate, nous sommes autorisés à conclure que le cnicin est doué de vertus fébrifuges.

Il nous reste maintenant à déterminer jusqu'à quel point le cnicin peut remplacer le sulfate de quinine. Nos expériences établissent d'une manière péremptoire que le principe actif du quinquina est un fébrifuge plus énergique que le cnicin. En effet, le sulfate de quinine a été employé avec succès dans les fièvres intermittentes qui avaient résisté à l'administration du ncicin. Ce qui fait ressortir davantage la supériorité du sulfate de quinine sur le cnicin, c'est la manière dont ils influencent l'un et l'autre l'engorgement de la rate : le cnicin a produit sept fois sur quinze la résolution de l'engorgement de la rate; le sulfate de quinine, au contraire, a fait disparaître cet engorgement dans tous les cas où nous l'avons mis en usage; car le cnicin fit cesser la fièvre, ou du moins il en calma la violence; en outre, il fut suivi d'une diminution du volume de la rate; mais au bout de quelques jours il resta sans action sur cet organe : en vain nous continuâmes l'emploi du cnicin, en vain nous en élevâmes la dose; la rate, après avoir un peu diminué de volume, resta tout à fait stationnaire; plusieurs fois même la fièvre ne tarda pas à renaître. Alors nous eûmes recours au sulfate de quinine, et, sous l'influence de ce remède vraiment héroïque, non-seulement la fièvre fut bientôt coupée, mais la rate diminua de volume et rentra promptement dans ses limites naturelles. Il n'en faut pas davantage pour établir que le sulfate de quinine conserve une supériorité marquée sur le cnicin. Cependant, comme le principe actif du quinquina est d'un prix fort élevé, le cnicin nous semble pouvoir être substitué au sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes qui ne sont pas accompagnées d'un engorgement considérable de la rate. Je ne doute pas que, combattues à leur origine, un certain nombre de fièvres intermittentes ne soient susceptibles d'être gnéries par l'influence seule du cnicin.

Quant aux fièvres qui datent d'une époque éloignée, et dans lesquelles la rate a pris un grand volume, elles nous paraissent réfractaires à l'action du cnicin. Aussi ces sortes de fièvres doivent être attaquées par le sul-

fate de quinine à haute dose. Quoi qu'il en soit, si les propriétés fébrifuges que nous avons constatées dans le cnicin se vérifient par de nouvelles expériences, ce médicament aura pour résultat de diminuer la consommation du quinquina et d'en faire baisser le prix. N'eût-il d'autre résultat, on devrait l'accueillir avec faveur.

Ce n'est pas tout : le cnicin nous semble pouvoir être associé avec avantage au sulfate de quinine. En effet, les malades traités sans succès par la poudre de cnicin n'ont pas eu besoin de prendre une aussi grande quantité de sulfate de quinine que s'ils n'avaient subi aucun traitement. Les quantités de sulfate de quinine qui ont été nécessaires pour leur procurer une guérison complète et ramener la rate dans ses dimensions normales, s'élèvent depuis 2 grammes 55 centigrammes jusqu'à 6 grammes 80 centigrammes. Ces diverses quantités sont bien inférieures à celles que je suis obligé de mettre en usage pour obtenir la résolution de l'engorgement de la rate. Ainsi, supposez que le prix du sulfate de quinine continue de s'accroître, et que le cnicin se maintienne à un prix très-faible, il y aura alors une économie réelle à l'associer au sulfate de quinine dans le traitement de toutes les espèces de fièvres intermittentes simples.

Ayant essayé d'apprécier les vertus fébrifuges du cnicin, disons quelques mots de la dose à laquelle il convient de l'administrer, des formes sous lesquelles on peut le donner, des accidents qu'il est susceptible de développer, et des moyens propres à combattre ces accidents.

1° *Dose du cnicin.* — Le cnicin, en raison des effets qu'il produit du côté des voies digestives, ne peut pas être employé à une dose élevée; en général, il faut l'administrer à la dose de 25, 50 ou 75 centigrammes par jour; on peut en porter la dose jusqu'à 1 gramme et 1 gramme 25 centigr. dans les vingt-quatre heures. Du reste, cela doit varier suivant les individualités morbides, l'intensité de la fièvre et l'engorgement de la rate. Jamais je n'ai porté la dose du cnicin au delà de 1 gramme 25 centigrammes par jour; et même je dois faire observer que, toutes les fois que je l'ai administré à une dose aussi élevée, il n'a pas tardé à exciter le vomissement; j'ignore par conséquent quels seraient les effets du cnicin à la dose de 1 gramme 50 centigrammes ou 2 grammes par jour. Il serait important d'enlever au cnicin son action émeto-cathartique; car si l'on pouvait l'administrer à une plus forte dose sans qu'il produisît le vomissement, on obtiendrait peut-être avec ce moyen les mêmes effets qu'avec le sulfate de quinine. Ce dernier agit bien différemment, suivant qu'on le donne à telle ou telle dose : ainsi 5 grammes de sulfate de quinine, administrés à des doses fractionnées, produiront des résultats moins avantageux que s'ils sont donnés à la dose de 1 gramme

30 centigrammes, 1 gramme 50 centigrammes, ou 1 gramme 80 centigrammes par jour. On conçoit qu'il puisse en être de même du cnicin. Jusqu'à présent nous n'avons aucun moyen de faire disparaître l'action vomitive du cnicin. C'est vers la recherche de ce moyen que nous dirigerons désormais toute notre attention.

Nous nous sommes assuré que le cnicin, toutes choses égales d'ailleurs, produit moins d'effets que le sulfate de quinine : ainsi 10 centigrammes de ce sel suffisent souvent pour couper la fièvre, tandis que nous avons été obligé, dans beaucoup de cas, de porter le cnicin jusqu'à 50 centigrammes par jour pour arrêter les paroxysmes fébriles.

D'après cela, on voit que le sulfate de quinine a une action trois ou quatre fois plus énergique que le cnicin; mais nous n'osons prétendre que telle soit l'expression de la valeur du cnicin par rapport au sulfate de quinine. Avant d'asseoir notre jugement sur ce sujet, nous avons besoin de nouvelles expériences.

Ces résultats nous permettent de concevoir pourquoi le cnicin n'a pu dissiper l'engorgement de la rate dans les cas où cet organe avait pris un grand accroissement; car le sulfate de quinine administré à la dose à laquelle nous avons donné le cnicin, serait lui-même incapable de produire toujours la résolution de l'engorgement de la rate. En supposant le cnicin doué de la faculté de guérir l'engorgement de la rate qui accompagne les fièvres périodiques, il faudrait donner trois ou quatre fois plus de cnicin que de sulfate de quinine. On se rappelle que, dans nos expériences, nous sommes loin d'avoir atteint ce but. Dès lors nous n'avons pas lieu d'être étonné de l'impuissance du cnicin contre l'engorgement de la rate, dans les observations 8ᵉ, 9ᵉ, 11ᵉ, 12ᵉ, 13ᵉ, 14ᵉ et 15ᵉ.

Formes sous lesquelles il convient de donner le cnicin. — Le cnicin peut être administré de plusieurs manières; mais nous sommes d'avis qu'on le donne en poudre dans du pain à chanter. Nous l'avons fait prendre d'abord tenu en dissolution dans de l'eau alcoolisée, ou dans l'eau sucrée; nous fûmes bientôt obligé de renoncer à ce mode d'administration; car la solution du cnicin est tellement amère, nauséeuse, que la plupart des malades refusèrent de continuer l'usage de ce remède.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que le cnicin peut s'administrer en lavement.

Accidents qui résultent de l'emploi du cnicin. — Le cnicin produit, ainsi que nous l'avons établi en commençant, des nausées, des vomissements, de la diarrhée avec ou sans coliques. Bien que ces accidents se dissipent promptement et d'une manière spontanée, sans laisser aucune trace, cependant on ne saurait négliger les moyens qui peuvent modérer ou même faire cesser ces accidents. Ainsi je suis d'avis qu'on

associe le cnicin à l'opium et à la potion anti-émétique de Rivière. Lorsqu'on a recours au cnicin, il est nécessaire que les malades s'abstiennent de prendre des aliments immédiatement avant ou après l'administration du cnicin. Ajoutons enfin que l'eau rougie est capable de diminuer l'action nauséeuse du cnicin. J'ai eu l'occasion de constater sur moi-même cet effet de l'eau rougie.

Nous croyons devoir faire observer, en terminant, que le cnicin ne doit être mis en usage que dans les fièvres intermittentes récentes et accompagnées d'un engorgement peu considérable de la rate.

Conclusions. — De tout ce qui précède nous conclurons, 1° que le principe actif du chardon bénit, ou le cnicin, jouit de propriétés fébrifuges à un degré moindre que le sulfate de quinine; 2° que le cnicin réussit souvent à arrêter les paroxysmes fébriles; 3° que dans quelques cas la fièvre résiste à l'action du cnicin; 4° que le cnicin peut amener la résolution de l'engorgement de la rate; 5° que ce remède ne parvient pas à guérir l'engorgement de la rate dans tous les cas; 6° enfin que le cnicin, associé au sulfate de quinine, exerce une certaine influence sur la maladie, et qu'il permet d'en obtenir la guérison avec une dose de sulfate de quinine moins élevée que de coutume.

A. Nonat.

DE L'EMPLOI DE LA TEINTURE DE DIGITALE A HAUTE DOSE, ASSOCIÉE AU NITRATE DE POTASSE, DANS LES AFFECTIONS ORGANIQUES DU CŒUR.

En pratique, nous entendons par affections organiques du cœur, une dyspnée habituelle et permanente plus ou moins considérable, jointe à un trouble continu quelconque, ou à un désordre rhythmique dans les mouvements du cœur ou dans le pouls, avec absence des signes de péricardite, de cardite, d'endocardite et d'hydropéricardite. D'après cela, nous ne devons point tenir compte ici de toutes les divisions admises par les auteurs et les écoles; nous ne parlerons donc pas des anévrysmes actifs avec épaississement des parois du cœur (hypertrophie); des anévrysmes passifs avec amincissement (atrophie ou si l'on veut *hypotrophie*); des anévrysmes des cavités gauches ou des cavités droites; des rétrécissements des orifices du cœur et des ossifications des valvules ni des signes et des divers bruits que nous révèlent la percussion et l'auscultation. Un seul point nous importe, c'est d'avoir égard, dans l'emploi de la digitale à haute dose que nous proposons, à deux circonstances fort importantes dans la pratique, savoir l'extrême rareté du pouls, quelle que soit l'espèce de lésion cardiaque, et l'extrême faiblesse du pouls jointe au froid des extrémités, à l'asphyxie imminente, la teinte violacée,

l'enflure considérable, etc. Dans ces cas, l'action contro-stimulante ou hyposthénisante de la digitale pourrait aggraver l'état des malades en enrayant mal à propos les mouvements du cœur, et entraîner par là les suites les plus funestes. Dans cette dernière occurrence exceptionnelle, nous avons recours à notre vin diurétique majeur, dont nous avons déjà donné la formule, mais que nous rappelons néanmoins :

Jalap concassé. . . . . 8 grammes.
Scille concassée. . . . . 8 grammes.
Nitrate de potasse. . . . . 15 grammes.
Mêlez.

A prendre par une cuillerée trois fois par jour d'abord, puis augmenter progressivement jusqu'à 9 et davantage. Voyez tom. XXIII, pag. 177.

Quant à l'extrême rareté du pouls, nous pensons que plus cette rareté est considérable, plus le danger de mort subite est grand. Il y a quelques années, nous vîmes un homme dont le pouls oscillait entre dix-huit et vingt-trois pulsations par minute. Nous fûmes effrayé d'une pareille rareté, peut-être unique dans les annales de la science. Nous fîmes observer à nos élèves qu'il était fort à craindre que ce malade ne mourût subitement. Et en effet, environ six semaines après, il succomba en tirant de la boisson dans sa cave. Nous nous étions abstenu de tout traitement pharmaceutique. En pareil cas désormais, surtout s'il existait une faiblesse générale ou une atonie marquée du système digestif, nous essayerions l'emploi des stimulants diffusibles, des cordiaux, et particulièrement de la teinture de quinquina, de cannelle, etc., dans le but de ranimer la circulation presque éteinte.

Hors ces deux circonstances que nous venons de mentionner, toutes les affections organiques du cœur, sans excepter les cas où il y a ossification des valvules et rétrécissement des orifices cardiaques ou des ouvertures ventriculaires et auriculaires, annoncées ordinairement par le bruit de soufflet et de râpe, toutes ces lésions du cœur, disons-nous, nous les traitons par la digitale à haute dose jointe au nitrate de potasse. Ainsi, après les émissions sanguines soit générales, soit surtout locales, ou celles faites à l'anus ; après les saignées, dis-je, que peuvent nécessiter les anévrysmes actifs ou les dispositions particulières des malades, nous prescrivons le traitement suivant :

Teinture de digitale, 30 grammes.

Le premier jour, on en prend douze gouttes, quatre matin, midi et soir, dans un verre d'eau sucrée ou une infusion de tilleul, et une heure ou deux avant les repas ; le second jour, trois fois six ; le troisième jour,

trois fois huit gouttes, et on augmente ainsi tous les jours de deux gouttes à chaque prise jusqu'à trois fois vingt ou soixante par jour, dose que l'on ne dépasse ordinairement pas, et que l'on diminuerait si l'on éprouvait à un degré notable des nausées, des maux d'estomac, des vertiges, de la céphalalgie, etc.

Dans les trois verres de boisson à prendre dans la journée avec les gouttes, on mettra encore un des paquets suivants :

Nitrate de potasse, 80 grammes.

Divisez en 20 paquets. — Un paquet par jour, fondu dans les trois verres de tisane prescrits.

Voilà la manière dont nous administrons presque constamment la digitale dans les affections du cœur. Nous préférons cette forme à toute autre et même à celle de la poudre. La teinture se conserve toujours, est constamment homogène, comparable et identique, et elle retient avec la résine le principe volatil de la plante. Notre teinture est faite avec une partie de feuilles de digitale récemment séchées, sur quatre d'alcool à trente-deux degrés; enfin on la prépare le plus forte possible. On a soin de ne se servir que de la digitale qui vient dans les lieux secs et exposés au soleil, ce qui la rend bien plus active que celle qui croît à l'ombre ou dans les fossés. Quant à la dose, on a dû voir qu'elle paraît assez forte. Depuis fort longtemps l'expérience nous a prouvé que très-souvent l'on ne soulage véritablement que lorsqu'on donne ce médicament à haute dose ou à dose nauséeuse et vertigineuse, c'est-à-dire à soixante gouttes par jour en trois prises. Quelques malades vont même jusqu'à trois fois trente ou quatre-vingt-dix gouttes sans en être aucunement incommodés. Un grand nombre éprouvent quelque effet à soixante gouttes, quelques-uns même à moins. Nous avons vu beaucoup de malades qui nous ont déclaré n'avoir retiré aucun avantage de l'emploi de la digitale, et qui taxaient faussement d'impuissance ce remède héroïque. Il y a plus, un certain nombre de médecins même sont encore dans cette erreur. D'où viennent ces préventions ou ces préjugés injustes? Principalement, selon nous, d'un vice posologique, c'est-à-dire de ce qu'on n'emploie pas la digitale à dose convenable et assez élevée pour modifier l'action ou les mouvements du cœur, et amener la sédation de la circulation.

Un très-grand nombre de médecins ne dépassent pas la dose de trente gouttes en vingt-quatre heures, et la plupart restent souvent bien au-dessous.

Les traités de matière médicale même les plus récents et les plus exacts que nous ayons, comme celui, par exemple, de MM. Trousseau et

Pidoux (1841), ne portent le *maximum* de la dose qu'à vingt-quatre et à trente-six gouttes par jour. M. Bouchardat (1839) ne la met qu'à quinze ou vingt gouttes en vingt-quatre heures, et les docteurs Milne Edwards et Vavasseur à la même dose. M. le professeur Trousseau est donc encore le thérapeutiste français à la fois le plus moderne et le plus exact, qui conseille la teinture de digitale à plus haute dose que tous les autres, et cette dose est, selon nous, encore trop faible. Les médecins étrangers sont beaucoup plus hardis sur ce point; j'excepte pourtant un médecin français, M. le docteur Authenac, qui, dans sa Posologie (1821), dit qu'on peut porter la dose de la teinture de digitale jusqu'à cent gouttes et au delà. — Autrefois (il y a vingt ans) nous la donnions à quatre-vingt-dix gouttes. — Il n'y a que quinze jours qu'une jeune fille, dépassant imprudemment notre ordonnance, en a pris quatre-vingt-dix gouttes par jour sans autre effet qu'un mieux notable. Mais cette dose excessive, outre qu'elle est inutile pour obtenir de bons effets, pourrait, chez certaines personnes, causer des accidents ou inconvénients graves, qu'il est toujours du devoir d'un médecin consciencieux d'éviter, de prévenir autant qu'il le peut. Nous pensons donc que les insuccès journaliers de la teinture de digitale doivent être attribués principalement à l'exiguïté de la dose à laquelle on l'administre ordinairement, ou encore à un vice dans la forme du remède ou dans son mode de préparation, ou bien enfin au mauvais choix de la plante ou à sa vétusté.

Depuis une vingtaine d'années, nous avons joint à la digitale le nitrate de potasse à titre de sédatif du cœur. Cette propriété sédative du nitrate de potasse vient d'être parfaitement constatée par les faits nombreux rapportés par M. Aran, (*Journ. des conn. méd. - chir.*, février et avril 1841). Déjà le docteur Authenac, en 1821, avait dit dans son *Manuel médico-chirurgical*, que le nitrate de potasse modère l'action du cœur et des gros vaisseaux, peut-être avec autant ou plus d'énergie que la digitale pourprée, et c'est particulièrement cette assertion qui nous a fait naître l'idée de l'employer, mais à dose plus élevée, c'est-à-dire plus sédative.

Le traitement que nous venons d'exposer a été administré à un nombre considérable de malades, et presque toujours avec un avantage marqué. La raison en est, outre celle déjà alléguée ci-dessus, qu'en général ces malades, déjà pour la plupart traités par d'autres médecins, étant encore en état de faire le voyage pour venir nous consulter, prouvaient par là même que leur maladie n'était pas encore arrivée à sa dernière période et au-dessus des ressources de la thérapeutique ; au contraire, les chances de succès sont souvent presque nulles quand les ma-

lades ne sont plus transportables. Voici cependant un fait récent qui prouve l'efficacité de notre traitement chez un sujet placé dans cette dernière circonstance, c'est-à-dire, généralement parlant, dans un cas désespéré. L'hiver dernier, on nous consulta pour un homme abandonné, disait-on, de son médecin. Ce malade était atteint d'une affection du cœur qui avait déjà déterminé une anasarque considérable. Il ne pouvait plus quitter le lit, où il était condamné à attendre le moment de sa dissolution prochaine. Dans cet état de choses, on vint chez nous réclamer avec instance quelque soulagement pour ce moribond. Sur le rapport du commissionnaire et sur l'exhibition des ordonnances du médecin ordinaire, nous jugeâmes que nous avions affaire à une maladie du cœur absolument incurable. Nous cédâmes pourtant aux instances qu'on nous fit, et nous hasardâmes le *melius anceps quàm nullum*. Notre traitement ici indiqué fut donc prescrit ; il ne tarda pas à produire des effets aussi salutaires qu'inespérés, puisque le malade vint nous voir environ six semaines après, se disant parfaitement *guéri ;* il était tout à fait désenflé, et disait ne plus éprouver d'oppression. Pour nous ce sujet n'était réellement pas guéri, il ne pouvait pas l'être ; mais il était considérablement soulagé. Je constatai en effet chez lui l'affection du cœur ; le pouls était extrêmement irrégulier et inégal. Nous avions déjà vu assez souvent ce traitement produire un soulagement très-prompt et très-notable sans que nous eussions pu constater un changement appréciable dans le pouls, c'est-à-dire que celui-ci nous paraissait aussi irrégulier, aussi inégal et intermittent qu'avant le traitement ; et nonobstant la persistance des désordres du pouls, les malades étaient considérablement soulagés. Cela nous rappelle le fait d'un homme atteint d'une affection du cœur qu'il attribuait aux frayeurs et aux fatigues excessives qu'il avait éprouvées dans un incendie ; il était très-oppressé et offrait un pouls extrêmement désordonné ; nous n'osions pas espérer grand résultat du traitement sédatif ordinaire ; cependant il fut administré, et quelques semaines après le malade était très-bien, n'accusant presque plus d'oppression : cependant son pouls était ou nous paraissait être dans le même désordre qu'il avait présenté avant le traitement. On continua les mêmes remèdes, et ce soulagement que le malade appelait guérison s'est maintenu pendant plusieurs années avec le même caractère du pouls. Cet homme, que nous avons perdu de vue, avait-il le pouls naturellement ainsi déréglé ?

Pendant environ sept à huit ans nous avons traité d'une affection du cœur un vieillard dont le pouls n'a jamais cessé d'être dans le plus grand désordre, irrégulier, inégal, intermittent, et pendant tout ce temps le malade prenait la teinture de digitale à haute dose toutes les fois que

son oppression devenait considérable, et toujours avec le plus grand soulagement.

Nous avons vu, il y a peu de temps, un jeune homme venant de Paris, où il a subi un traitement pour un anévrysme avec hypertrophie à un degré modéré. Le pouls était à quatre-vingt-quinze, régulier et égal, plein et vif, la pulsation cardiaque de même nature; mais l'oppression était considérable à la marche et à tout exercice corporel un peu fort. On lui a appliqué deux fois à Paris les sangsues à l'anus, et on lui a administré la teinture de digitale à la dose de *huit gouttes* par jour; le tout, dit le malade, sans aucun soulagement. Nous lui avons prescrit avec succès quinze sangsues à la région du cœur et le traitement que nous venons d'indiquer. Il en a été de même chez un jeune Polonais que l'on avait traité également sans succès à Paris par la teinture de digitale à la dose de *six gouttes* par jour, ce qui commence à sentir un peu l'homœopathie. Notre méthode l'a aussitôt considérablement soulagé. Hier encore, nous avons fait reprendre notre traitement ordinaire chez un jeune homme qui, après avoir été longtemps traité en vain par les médecins de la ville qu'il habite, n'a trouvé de soulagement que dans l'emploi presque habituel de la teinture de digitale jointe au nitrate de potasse, c'est-à-dire le traitement que nous préconisons. Cependant cette médication, tout efficace qu'elle est, est loin d'être spécifique et infaillible. Dans ce moment même, nous constatons son impuissance chez un jeune homme de quinze ans qui se meurt d'une affection du cœur arrivée au dernier degré; nous pourrions citer bien d'autres cas encore de cette nature, comme on le pense bien.

DEBREYNE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES INJECTIONS IODÉES DANS LES ABCÈS FROIDS DES ARTICULATIONS,

Par M. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

J'ai pensé à faire des injections irritantes dans les abcès froids des articulations, non dans le but de procurer la résolution ou d'empêcher la formation ultérieure du pus, mais dans celui de donner à ces abcès une marche aiguë, laquelle est indispensable à la guérison. Tous ceux qui ont étudié les abcès savent que les collections purulentes qui se forment avec

(1) Voir la précédente livraison, tome XXIII, p. 340.

tous les caractères de l'inflammation aiguë s'ouvrent ou guérissent avec plus ou moins de rapidité, et que les abcès froids n'arrivent à la guérison qu'après être devenus le siége d'une inflammation aiguë.

De ces faits résulte cette conséquence, que lorsqu'un abcès froid reste stationnaire et ne tend à aucune terminaison, il faut irriter sa surface interne pour hâter la sortie du pus et la cicatrisation.

D'après ces vues, on prévoit que les injections iodées dans les abcès froids ne doivent pas être suivies des mêmes résultats que dans les hydarthroses ; ce n'est pas une absorption, c'est une élimination des liquides qu'il faut attendre ; ce n'est pas une guérison sans trajet fistuleux, c'est une guérison précédée de fistules.

Je diviserai en deux classes les malades sur lesquels j'ai fait ces opérations : les enfants et les adultes.

Résultats obtenus des injections iodées dans les abcès froids du genou chez les enfants. — Les abcès froids de l'articulation du genou, chez les enfants comme chez les adultes, sont quelquefois sans gonflement du tissu cellulaire, sans épaississement de la synoviale et des parties molles environnantes. Ces abcès froids coïncident toujours avec une constitution chétive, avec l'amaigrissement, et en général avec un état constitutionnel qui ne permet aucune réaction salutaire qui puisse faire espérer la guérison. Je n'ai jamais employé les injections iodées dans ces cas défavorables ; je suis convaincu qu'elles seraient restées impuissantes.

Tous les enfants dont j'ai injecté des abcès froids du genou avaient cette articulation tuméfiée, non-seulement par la suppuration, mais par les fongosités et les tissus lardacés de la synoviale et des parties environnantes. Dans mon *Traité des maladies des articulations*, je prouverai que ces masses rouges et fongueuses sont formées par la fibrine pénétrée de vaisseaux, mais arrêtée dans son organisation ; qu'elles sont formées, en un mot, par une matière organisable, mais incomplétement organisée, et qu'elles démontrent, sinon une réaction convenable, au moins un certain effort réparateur.

Tous les enfants que j'ai opérés offraient de ces tumeurs du genou avec suppuration dans la synoviale et formation de fongosités dans les parties molles ; tous étaient plus ou moins bouffis ou colorés, et offraient les caractères de la constitution scrofuleuse, et non ceux d'une constitution hectique.

Voici le détail de leurs observations :

Obs. VI. ***Abcès froid de l'articulation du genou chez un enfant de neuf ans; deux injections irritantes à un mois de distance; peu d'inflam-***

mation, fistules consécutives à la ponction promptement fermées, grande amélioration. (Observation extraite de la thèse déjà citée de M. Martin.) — Antoinette Roux, âgée de neuf ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 15 mars 1841, au nº89 de la salle Saint-Paul; elle est affectée d'une inflammation chronique du genou gauche. Cette fille est d'un tempérament lymphatique, d'une faible constitution; cependant elle n'a jamais eu de glandes scrofuleuses. Il y a six mois, elle eut une éruption de plaques rouges sur la jambe droite; ces plaques disparurent au bout de trois jours. Quatre mois après cette éruption, c'est-à-dire deux mois avant son entrée à l'hôpital, le genou gauche devint le siége de quelques douleurs sourdes, et se gonfla considérablement. Le mal ne l'a jamais empêchée de marcher ni d'exécuter facilement les mouvements de flexion et d'extension.

Le 16 mars on ponctionne la tumeur; il sort du pus mêlé à du sang, et on injecte de l'alcool à 32 degrés. La douleur est vive pendant une heure seulement; la chaleur et le gonflement du genou augmentent.

1er avril. Le membre opéré est placé dans une gouttière : on fait des frictions avec la pommade iodée; la piqûre produite par le trocart est fermée, elle n'a jamais fourni de suppuration. Le genou est toujours volumineux; les parties molles sont indurées, on sent une fluctuation profonde, la rotule est soulevée; on exerce la compression avec des tours de bandes.

5 mai. La rotule n'est plus soulevée, on ne sent plus de fluctuation; mais l'empâtement persiste autour de la jointure. La peau s'est écaillée sous l'influence des frictions iodées, elle est plus chaude que celle du genou sain; la malade ne ressent aucune douleur.

7 juin. Elle commence à marcher. L'application d'un moxa sur l'articulation en a fait diminuer beaucoup le volume; néanmoins il s'est reformé du liquide dans la synoviale, et l'on sent de la fluctuation à la partie interne du genou.

On ponctionne de nouveau la tumeur, et on y injecte de la teinture d'iode. La quantité de teinture employée peut être évaluée à 15 grammes. Cette seconde injection n'est suivie d'aucun accident et ne détermine qu'une faible réaction. L'ouverture faite par le trocart suppura jusqu'au 20 juin, et se ferma ensuite complétement. La malade sortit de l'hôpital le 26 du même mois; son genou était dans un état satisfaisant; il n'y avait point de traces de liquide dans la cavité synoviale; les mouvements s'exécutaient avec facilité et sans douleur. Toutefois il restait un peu d'empâtement dans les parties molles, et de la raideur dans le genou, qui était un peu plus volumineux que celui du côté opposé, à cause du gonflement des os. La malade partit pour la campagne, marchant assez bien.

Obs. VII. *Abcès froid du genou chez un enfant de sept ans : deux injections iodées à un mois quatre jours de distance; peu d'inflammation; fistules; amélioration très-sensible.* (Observation extraite de la thèse de M. Martin).—Marie Notas, âgée de sept ans, d'un tempérament lymphatique, entrée à l'hôpital le 7 mars 1841. Cette fille n'a jamais eu de maladie scrofuleuse. Son genou est fléchi sur la cuisse; il est douloureux, on sent la fluctuation à la partie interne de l'articulation. Le mal existe depuis trois mois sans qu'on ait pu en déterminer la cause, et depuis un mois la marche est devenue presque impossible. A la partie interne du genou est un moxa qui fournit une abondante suppuration.

Le 11 mars, on pratique la ponction de la tumeur : il en sort du pus séreux, et on injecte de l'alcool à 32 degrés. La réaction est presque nulle.

Le 15 mars, on fait une nouvelle ponction et une nouvelle injection d'alcool : l'opération ne s'accompagne d'aucun accident; on n'observe pas de phénomènes cérébraux consécutifs; seulement il survient une légère inflammation, la peau devient rouge et luisante. On exerce une légère compression, depuis l'extrémité du membre jusqu'au-dessus de l'articulation.

Le 6 mai, la malade sort de l'hôpital dans l'état suivant :

Le genou est revenu à son état normal. La rotule, qui était adhérente aux condyles, est parfaitement mobile, et n'a subi aucune déviation. On ne sent plus de fluctuation. Les mouvements de flexion et d'extension s'exécutent facilement et sans douleur. La malade marche avec aisance; son genou est seulement un peu raide, tandis qu'auparavant la jambe était fléchie sur la cuisse. La plaie produite par le moxa est cicatrisée. Il n'y a plus que la piqûre de la dernière ponction qui fournit encore un léger suintement séreux.

La santé générale est satisfaisante, la constitution même paraît s'être améliorée.

Obs. VIII. *Abcès froid de l'articulation du genou chez une fille âgée de sept ans : six injections irritantes; peu d'inflammation; très-grande amélioration.* (Observation extraite de la thèse de M. Martin). — Marie Godet, âgée de sept ans, entre à la salle Saint-Paul le 19 avril 1841.

Elle est d'un tempérament scrofuleux, elle a eu la teigne; ses lèvres et sa face sont bouffies. Depuis plusieurs années son genou droit présente une tumeur énorme à la partie interne de l'articulation, dans laquelle on sent de la fluctuation. Il existe à la partie interne de la jointure une cicatrice qui annonce une ancienne ouverture du foyer. La peau du genou n'est ni plus chaude, ni plus rouge que dans l'état normal; le tissu cellulaire et toutes les parties molles sont empâtés; les ligaments paraissent sains, car on ne peut faire exécuter aux os aucun mouvement de latéralité; mais ceux-ci ont changé de direction, de telle sorte que le genou se portant en dedans, le tibia se trouve en dehors. La rotule, parfaitement mobile, est un peu déviée à droite et en dehors. La malade n'a pas subi de traitement antérieur; elle n'a jamais souffert beaucoup ni cessé de marcher.

Dans l'espace de trois mois, M. Bonnet fit six ponctions et six injections irritantes dans la cavité du genou, qui était remplie d'un pus séreux. Jamais ces injections n'ont été suivies d'accident; les parois du foyer présentaient si peu de réaction, qu'on a eu de la peine à obtenir une légère inflammation, et celle-ci ne s'est jamais accompagnée de fièvre.

Les deux premières fois on injecte de la teinture d'iode en grande quantité : il ne se manifeste pas la moindre irritation, et la tumeur reste aussi volumineuse qu'auparavant.

A la troisième ponction, le pus est coloré en jaune; on injecte une grande quantité d'eau-de-vie saturée de camphre : il y a de la réaction. Quelques jours après, la plaie faite par le trocart laisse écouler une grande quantité de pus. Les parois du foyer situé au-dessous du triceps se rapprochent et paraissent se cicatriser. Mais l'articulation contient toujours du liquide, et deux ouvertures restées fistuleuses fournissent une abondante suppuration. Le genou a 4 centimètres de circonférence de plus que celui du côté sain; la peau n'a pas changé de couleur, elle n'est pas adhérente; le tissu cellulaire sous-cutané est toujours empâté.

Le 1er juin, on injecta de la teinture d'iode: elle ne produisit qu'une faible réaction; néanmoins le genou diminua de volume.

Le 9 juillet, on injecta du baume de Fioraventi : ce liquide, plus irritant encore que la teinture d'iode, détermina une légère inflammation, car la chaleur augmenta, et la peau du genou devint rouge; mais il n'y eut pas de fièvre. La suppuration diminua de beaucoup, une des ouvertures fistuleuses s'était fermée.

Le 20 juillet, on injecta de la teinture d'iode pour la dernière fois : elle ne produisit aucune réaction; mais, pendant quatre jours, il est sorti une grande quantité de pus.

Au commencement du mois d'août, le genou était desséché, et les ouvertures fistuleuses oblitérées. On ne sentait plus que quelques inégalités dures à la place du vaste foyer qui était sous le triceps; dans le genou il n'y avait plus aucune fluctuation, la flexion et l'extension s'exécutaient comme dans l'état normal. La santé générale s'est ensuite améliorée; la malade est sortie presque complétement guérie, il ne restait qu'un peu d'empâtement et de la raideur dans le genou.

Les enfants dont je viens de citer les observations sont les seuls dont j'aie traité les abcès par des injections irritantes; les résultats que j'ai obtenus chez eux sont assez semblables les uns aux autres pour être aisément résumés.

Dans aucun cas les injections d'alcool pur ou d'alcool saturé d'iode n'ont produit une inflammation intense ; celle-ci ne peut être comparée à celle que les mêmes injections ont déterminée dans les hydarthroses des malades dont nous avons cité précédemment les observations. Ce résultat n'a rien qui doive étonner; car d'une part la surface interne des abcès, toujours recouverte de fausses membranes plus ou moins épaisses, est moins sensible que la surface interne d'une synoviale affectée simplement d'hydarthrose; de l'autre, et cette raison est à mes yeux la plus importante, la nature froide et inerte des scrofuleux ne reçoit que d'une manière incomplète l'action des irritants; le feu, l'iode, le nitrate d'argent, et plusieurs autres des médicaments qui produiraient chez des hommes faits les irritations les plus dangereuses, sont parfaitement supportés par eux.

Du reste, quelle qu'en soit la cause, le peu d'inflammation qui a succédé aux injections irritantes dans les abcès froids du genou chez les enfants ne s'est jamais démenti.

La piqûre produite par le trocart s'est quelquefois cicatrisée à la suite de la première ponction; elle est toujours restée fistuleuse après les autres ponctions.

Ce résultat, qui tient sans doute au peu de tendance qu'ont les inflammations à devenir adhésives chez les scrofuleux, est bien différent de celui

que nous avons signalé dans les hydarthroses, où la ponction n'a jamais été suivie de fistules.

Quant aux résultats curatifs, on voit qu'après comme avant ces injections la maladie a toujours eu de la tendance à un état stationnaire; l'on a toujours été obligé de revenir plusieurs fois à des injections qui pussent ranimer l'activité languissante de ces abcès.

Le traitement a toujours duré de deux à trois mois, et, ce temps écoulé, nous n'avions pas encore obtenu une guérison complète; le mal avait seulement éprouvé une grande diminution. Je ne doute pas que si l'on employait la méthode dont j'ai fait usage, hors d'un hôpital, dans des conditions hygiéniques favorables sous le rapport de l'air, de l'exercice ou de la nourriture, si l'on y joignait des traitements généraux appropriés, et spécialement l'usage de l'iode en bains, on ne réussît à obtenir des guérisons complètes dans l'espace de moins d'une année. Ce résultat supposerait toutefois que l'état général du malade fût assez satisfaisant.

M. Martin a cité dans sa thèse l'observation de deux adultes dans les genoux desquels j'avais pratiqué des injections iodées pour des abcès froids. Ces observations sont encore trop peu nombreuses pour me permettre d'établir quelque proposition générale sur les résultats auxquels on peut s'attendre, en opérant dans les conditions si variées que peuvent présenter les abcès du genou chez les adultes. Je me contenterai de dire que, passé la quinzième année, je crois la guérison beaucoup plus difficile que dans l'enfance. Les os en contact avec du pus ont beaucoup plus de tendance à se mortifier chez les adultes que chez les enfants, et en général les maladies articulaires sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus difficiles à guérir chez les premiers que chez les seconds.

Je remets donc à une autre époque le soin de développer la question des injections irritantes dans les abcès articulaires des adultes, et je me contente de constater pour le moment les résultats que l'on peut obtenir des injections iodées dans les hydarthroses, à tous les âges, et dans les abcès froids des enfants, lorsqu'on les emploie avec des précautions convenables.

BONNET.

MÉMOIRE SUR LA BLÉPHAROPLASTIE.—AVANTAGES DE LA MÉTHODE DE CELSE ET DE CERTAINS PROCÉDÉS POUR LA RÉPARATION DES PERTES DE SUBSTANCES DES DEUX PAUPIÈRES. —CAS EXCEPTIONNELS OU L'ON A DU RECOURIR A DES PROCÉDÉS SPÉCIAUX.

Comme beaucoup d'autres découvertes importantes, l'autoplastie eut son origine obscure et fabuleuse. Quelques faits isolés et plus ou moins

bizarres de restauration du nez en constituèrent pendant bien longtemps les uniques éléments, et ce ne fut à proprement parler que dans ces dernières années qu'elle put être soumise à quelques préceptes généraux, et prendre rang parmi les opérations régulières de la chirurgie.

Depuis cette époque, l'autoplastie est devenue, de la part des praticiens, l'objet d'une étude particulière, et l'art de restaurer le nez, les lèvres, les joues et les oreilles a fait, de nos jours surtout, des progrès étonnants. De la face, cette branche opératoire a étendu ses ressources à différentes parties du corps.

Les paupières seules, par une exclusion dont on a le droit de s'étonner, en considérant l'importance des fonctions de ces organes, et le rôle qu'elles jouent dans l'expression de la physionomie, furent presque les dernières à participer aux bienfaits de cet art réparateur. L'excision en demi-lune de Dupuytren, et celle en V avec suture, constituaient, dans les cas d'ulcérations peu étendues, les seuls procédés en usage, et le temps n'est pas loin encore où l'art avait consacré comme une règle de pratique essentielle : « que toutes les fois que les cancers envahis- « saient au delà de la moitié de la hauteur des paupières, il fallait, en « même temps qu'on pratiquait l'excision, extirper l'œil. »

Ce précepte rigoureux est heureusement effacé de la science, et, grâce aux tentatives hardies de quelques praticiens, l'art possède aujourd'hui un certain nombre de restaurations plus ou moins complètes des paupières. Dans aucune de ces opérations la méthode italienne n'a paru susceptible d'application.

En 1835 et 1837, MM. Jobert et Blandin pratiquèrent par la méthode indienne quelques opérations remarquables de restauration presque complète de la paupière inférieure, en détachant les lambeaux, l'un sur la joue du côté du nez, l'autre près de la pommette. D'autres opérations semblables ont été aussi pratiquées depuis par ces mêmes praticiens et quelques autres, d'après les mêmes règles, et de cette manière l'application de la méthode indienne à la blépharoplastie est demeurée complétement exclusive.

A la vérité cette méthode est exempte d'un inconvénient très-essentiel reproché en général à la méthode de Celse, méthode par glissement ou par simple déplacement de lambeau, méthode française comme on voudra l'appeler. Cet inconvénient consiste dans l'abaissement à la longue du lambeau, par suite de la rétraction des parties déplacées. Mais outre que cet inconvénient, le seul qu'on puisse théoriquement peut-être adresser avec raison à la méthode française, peut être sûrement évité à l'aide de quelques précautions conseillées dans le *Manuel*, et à la suite de l'opération, la méthode indienne, à son tour, en présente un autre,

presque aussi essentiel selon nous, et qui consiste dans le roulement sur lui-même du lambeau trop détaché, lequel le plus souvent ne forme plus au devant de l'œil qu'un tubercule immobile adhérant à la conjonctive, très-saillant et incapable de protéger l'organe.

En outre de ces circonstances, la méthode indienne le cède incontestablement à la méthode française, en ce que celle-ci, 1° présente infiniment plus de simplicité dans l'exécution; 2° ne laisse point, comme la méthode indienne, de nouvelle plaie à fermer, ce qui constitue, à proprement parler, deux opérations au lieu d'une, et donne lieu, selon l'endroit où le lambeau a été pris, à une rétraction susceptible d'entraîner, comme dans la méthode par déplacement, l'abaissement jusqu'à un certain point de la nouvelle paupière; 3° en ce qu'elle expose infiniment moins aux accidents nerveux et inflammatoires; 4° en ce qu'elle est surtout complétement exempte des chances de gangrène, qui non-seulement rend inutile l'opération, mais même dans quelques cas met dans l'impossibilité d'en pratiquer une seconde; 5° enfin, en ce qu'elle ne détermine, comme la méthode indienne, aucune difformité, ne donne lieu à aucune crête saillante, qui nécessite souvent une troisième petite opération pour sectionner et recoller le pédicule, ne s'accompagne d'aucune proéminence sensible de la partie créée au-dessus du niveau des parties voisines, lesquelles restent toujours dans leur position respective, conservent, de cette manière, à la nouvelle paupière une ressemblance presque parfaite, et ne laissent sur la face presque aucune cicatrice apparente.

Déjà dans deux mémoires où figuraient quelques observations pratiques assez remarquables communiquées à la Société médicale de la Sendre, aux mois de février 1840 et novembre 1841, nous nous étions efforcé de développer toutes ces considérations, d'établir en même temps, à l'aide de quelques procédés que nous proposions, les avantages de la méthode par glissement des lambeaux, appliquée d'une manière générale à la blépharoplastie. Depuis cette époque, de nouvelles restaurations plus ou moins complètes des paupières ayant été aussi pratiquées par nous par cette méthode, et d'après des procédés qui nous sont particuliers, nous avons cru de quelque intérêt de résumer tous ces faits, non encore publiés, pour les soumettre au jugement des praticiens, et fixer davantage leur attention sur la valeur d'une méthode trop injustement dédaignée, selon nous, dans cette partie de l'autoplastie faciale.

Obs. I. ***Restauration de la paupière inférieure droite et d'une partie de la supérieure, par simple glissement de lambeau pris sur la face.*** — La femme Rić, de Grezac, n'a jamais eu d'enfants. Agée de cinquante-huit ans, elle avait cessé d'être réglée depuis dix ans. Quelques années avant cette épo-

que, elle avait déjà été atteinte d'une légère ulcération du bord libre de la paupière inférieure droite, qui avait été alors, dit-elle, guérie en peu de temps par l'insufflation d'une poudre grisâtre qu'on lui avait conseillée. Il y a trois ans, il se forma de nouveau, sur le bord libre de la même paupière, plusieurs petits tubercules qui ne tardèrent pas à s'ulcérer, à se réunir et à envahir tout l'organe. Depuis six mois surtout, le mal avait fait des progrès très-rapides.

Voici l'état dans lequel il était lorsque je fus appelé à l'examiner. La paupière était entièrement détruite jusqu'à sa base. En dedans, l'ulcération avait dépassé le niveau de la paupière supérieure, et s'étendait en haut sur la racine du nez, jusque près du sourcil. Les tissus formant le fond de cet ulcère représentaient une espèce de cordon très-dur étendu depuis le nez jusqu'à la tempe. En le soulevant avec les doigts, il était facile de voir qu'il n'avait encore contracté avec les parties osseuses aucune adhérence. La caroncule lacrymale était très-rouge et paraissait malade, ainsi que le tendon de l'orbiculaire. En pressant sur le sac lacrymal, il en sortait un liquide purulent; les larmes coulaient sur la joue. L'irritation légère dont la conjonctive oculaire était le siége ne me parut toutefois devoir être attribuée qu'à un effet sympathique par contiguïté de tissus, et surtout à l'action de l'air agissant continuellement sur cette partie. La malade, qui jusqu'à ce moment n'avait jamais cru à la possibilité d'une guérison, ayant adopté tout d'abord l'opération que je lui proposais, celle-ci fut pratiquée deux jours après, le 6 décembre 1839, avec l'assistance de notre confrère Laurent, de Cozes. 1° Enlever toutes les parties affectées, 2° réparer à l'aide des parties voisines la perte de substance résultant de cette excision, telles nous parurent dans ce cas les indications à remplir.

La malade, assise sur une chaise, la tête assujettie par un aide, l'ouverture des paupières fut agrandie au moyen d'une incision, de quatre centimètres environ, dirigée sur la tempe et pratiquée à l'aide d'un bistouri très-étroit, enfoncé en arrière de la commissure, de manière à diriger les téguments de dedans en dehors, en laissant en dessous toutes les parties ulcérées.

La commissure interne fut également agrandie par une deuxième petite incision de deux centimètres environ, passant au-dessus du tendon de l'orbiculaire et dirigée en haut vers la racine du nez.

Enfin une troisième incision semi-elliptique, partant de l'extrémité postérieure de l'incision de la tempe jusqu'au niveau du canal nasal, et remontant de là le long du nez dans une direction verticale pour se réunir à la division interne, acheva de circonscrire toutes les parties malades.

Celles-ci furent disséquées de bas en haut, et de la tempe vers le nez jusqu'aux graisses de l'orbite, avec précaution de ne pas blesser le globe de l'œil. De petits ciseaux courbes achevèrent de détacher ces parties de la conjonctive oculaire, de laquelle j'excisai en même temps tout ce qu'il me fut possible. Le sac lacrymal, la caroncule lacrymale et le tendon du palpébral ne furent pas non plus ménagés. Les petits vaisseaux ouverts dans cette direction fournirent beaucoup de sang, et n'exigèrent cependant l'emploi d'aucune ligature.

Le globe de l'œil, privé de toutes ses adhérences inférieures, restait comme suspendu.

L'ablation de toutes les parties malades achevée, il me parut prudent de plonger dans le canal nasal un petit pinceau de charpie imbibé d'une solu-

tion de nitrate d'argent. Voici comment je procédai à la *restauration de la perte de substance.*

Une incision verticale, partant de l'incision sous-orbitaire au-dessous du canal nasal, fut dirigée en bas, le long de la racine du nez jusqu'au niveau de l'ouverture de la narine, de manière à former avec les téguments de la joue un lambeau triangulaire ayant son sommet dirigé en haut et en dedans, et sa base adhérente au côté de la face.

La dissection de ce lambeau détaché de la pommette fut prolongée en bas jusqu'au repli de la membrane buccale sans l'intéresser. Dans cette dissection, nous eûmes la précaution de diviser d'un seul coup le faisceau des vaisseaux et des nerfs qui sortent du trou sous-orbitaire. Ici encore il suffit, pour arrêter l'écoulement du sang fourni par ces vaisseaux, du simple froissement de leurs parois.

Le lambeau, ainsi détaché, jusqu'à sa base, des os qu'il recouvrait, fut ensuite remonté par un simple glissement jusqu'à la racine du nez, où son sommet fut fixé, par un point de suture entrecoupée, dans l'angle rentrant formé au-dessous du sourcil par l'excision des parties.

La commissure externe fut également réunie par un fil simple, placé un peu en dedans du rebord orbitaire, et deux épingles fixées sur la tempe.

Enfin trois autres points de suture entortillée, pratiqués de même avec des épingles sur le côté du nez, achevèrent la réunion des parties.

En se représentant la disposition du lambeau et le déplacement qu'il a dû subir, il est facile de voir qu'il dut recouvrir d'une manière très-exacte la portion de l'orbite et le globe de l'œil mis à nu par l'opération.

Les extrémités des épingles ayant été un peu relevées, à cause de la saillie du nez, roguées et garnies de diachylon et de petites compresses pour protéger les parties, tout le côté de la face fut recouvert d'un bandage unissant en forme de croissant, formé de plusieurs pièces inégales et superposées de sparadrap adhésif et attiré à l'aide de rubans vers le sommet de la tête, de manière à tenir relevée la nouvelle paupière, à soutenir les points de suture et en favoriser l'action.

L'appareil fut complété par l'application d'un petit gâteau de charpie râpée entre les paupières, d'autres plumasseaux de charpie disposés autour des points de suture, et le bandage monocle.

Diète, tisanes délayantes, trois saignées à douze-heures d'intervalle, pédiluves alcalins, lavement salé. La fièvre a été peu intense, la céphalalgie modérée, les douleurs orbitaires supportables.

La levée de l'appareil eut lieu le cinquième jour. La réunion était déjà partout complète; une légère ulcération existait seulement autour des fils, tandis que les épingles n'en avaient déterminé aucune. C'est une observation que j'ai faite souvent : en pratique, elle me semble d'une certaine considération.

L'ouverture des paupières m'ayant paru un peu étroite, je crus devoir déchirer un peu la cicatrice qui correspondait en arrière au premier point de suture.

Quoique dépourvue de cartilage, la nouvelle paupière ne s'était point affaissée; son bord libre, recouvert de bourgeons charnus d'un bon aspect, donnait lieu à une bonne suppuration. Les débris de la conjonctive formaient autour de la cornée un bourrelet très-rouge.

Les épingles, coupées aussi près que possible des parties, furent enlevées

sans toucher aux fils. Ceux-ci, collés par le sang, forment dans tous les cas le meilleur agglutinatif.

L'appareil fut rétabli, du reste, comme la première fois. Dans les pansements suivants, la conjonctive oculaire continuant à présenter de la rougeur et un aspect variqueux, résultat du délabrement exercé par l'opération sur les vaisseaux de cette membrane, je crus nécessaire de la cautériser quelquefois, ainsi que le bord de la paupière, avec le nitrate d'argent.

La guérison était parfaite le quinzième jour; néanmoins l'usage du bandage unissant fut continué plusieurs semaines encore, pour s'opposer à la rétraction des tissus, et par suite à l'affaissement de la nouvelle paupière. Grâce à cette précaution, sans doute indispensable après le procédé *particulier* que j'avais employé, cette paupière est restée en place, et aujourd'hui encore, plus de trente mois après l'opération, elle remonte assez haut pour bien protéger le globe de l'œil, qu'elle cache même un peu. Sa base adhère au tissu cellulaire de l'orbite, et sa face interne est recouverte d'une membrane lisse, d'apparence évidemment muqueuse. Ce qui est très-heureux aussi, c'est que malgré les désordres occasionnés aux conduits des larmes, celles-ci cependant ne coulent point sur la joue. Les cicatrices de la tempe et du nez, confondues avec les rides qui existent naturellement sur ces parties, sont tout à fait imperceptibles. Les mouvements de la nouvelle paupière sont également aussi parfaits que possible, et la disposition anatomique des fibres musculaires autour de l'orbite explique assez, en effet, que le procédé que j'emploie, outre ses autres avantages sous le rapport de l'exécution, ménageant plus que tout autre ces faisceaux musculaires, leur permet aussi plus sûrement de conserver l'intégrité de leurs fonctions.

Obs. II. *Tumeur cancéreuse. Ablation de la paupière inférieure gauche et d'une partie des téguments de la face. Restauration des parties par simple glissement de lambeau. Guérison.* — La fille Gaborit, de Thamès, âgée de soixante-sept ans, eut sur le bord libre de la paupière inférieure gauche un petit tubercule de la grosseur d'un pois, qu'elle excisa. Par suite de cette opération, la petite tumeur ayant, dit-elle, disparu pendant six mois, commença de nouveau à se développer, et acquit au bout de quelques semaines un volume considérable.

Lorsque je fus appelé à l'examiner, elle était de la grosseur d'un œuf, dont elle présentait la forme d'une manière assez exacte. Un peu aplatie seulement d'avant en arrière, elle était placée de telle façon que sa grosse extrémité, qui occupait toute l'étendue de la paupière inférieure, remontait au-devant du globe oculaire, qu'elle cachait entièrement, et son sommet se terminait en bas, au-dessous de l'aile du nez. Ses adhérences occupaient toute sa face postérieure. Elle était du reste parfaitement mobile, et l'œil, baigné seulement par la sécrétion purulente de la paupière, était évidemment sain.

Cette fille, qui était venue me consulter quoique d'assez loin, était d'a-

vance décidée à l'opération, et voulut qu'elle fût pratiquée sur-le-champ, le 29 janvier 1841. Le docteur Laurent voulut bien m'assister encore dans cette opération. Voici comment je procédai.

Une incision fut pratiquée d'abord en dedans, le long du nez, depuis le tendon du palpébral jusques au-dessous de la tumeur.

Celle-ci fut cernée de même en dehors par une seconde incision se réunissant en bas, sous forme d'un V, à la précédente, et pratiquée avec un bistouri très-étroit, enfoncé de haut en bas, entre la paupière et le globe de l'œil, de manière à agir d'arrière en avant.

Une dissection de haut en bas, avec précaution d'enlever de la conjonctive oculaire toutes les portions qu'on pouvait soupçonner malades, acheva enfin de détacher la tumeur en arrière.

L'ablation achevée, il restait, comme on voit, une plaie triangulaire dont la base embrassait toute la demi-circonférenre inférieure de l'orbite et dont lo sommet se terminait en bas, au-dessus de la lèvre supérieure.

Deux ou trois cils, dépendant de la paupière enlevée, restaient seulement en dehors, au-dessous de la commissure.

Le sac lacrymal, enlevé en partie dans la dissection, fut soumis à une légère cautérisation par le nitrate d'argent, et l'écoulement du sang arrêté par le simple froissement des vaisseaux nombreux intéressés dans l'opéra-

Le procédé employé pour former une nouvelle paupière, et combler l'énorme perte de substance existant sur la face par suite de l'opération, fut à peu de chose près le même auquel j'avais eu recours déjà dans la première opération.

Ainsi l'ouverture des paupières fut prolongée de même dans toute l'étendue de la région temporale, jusqu'à la racine des cheveux, à l'aide d'un bistouri très-étroit enfoncé derrière la commissure, de manière à donner en même temps à la division une forme légèrement concave supérieurement pour permettre au lambeau de mieux s'appliquer au contour de l'orbite.

Toutes les parties recouvrant la partie inférieure de la tempe à la joue ayant ensuite été disséquées avec les précautions indiquées dans la précédente observation, il en résulta un lambeau à base très-large, libre seulement en haut et en dedans, adhérent en arrière, et que l'élasticité des tissus de la face permit cependant de faire glisser sans peine, au-devant de l'orbite, jusqu'à la racine du nez, de manière à recouvrir sans trop de tiraillement toute la perte de substance, et sans qu'il fût besoin de pratiquer en arrière sur la tempe une nouvelle incision pour rendre le lambeau plus libre, ce que j'avais cru d'avance et ce que je crois *indispensable de faire*, dans la plupart des eas, pour obtenir une eoaptation exacte.

Le lambeau ainsi appliqué fut maintenu en place au moyen d'un point de suture simple qui fixait son sommet dans l'angle externe de l'œil, près de la racine du nez, et trois épingles placées sur les côtés de cet organe.

Trois épingles servirent également à le réunir en dehors à la paupière supérieure et sur la tempe.

L'angle de l'œil rempli d'un petit bourdonnet de charpie mollette, de manière à établir une légère compression sur la pointe du lambeau et rendre son application plus exacte dans l'enfoncement qui se trouve dans cet endroit, la joue et la tempe furent reeouvertes du bandage adhésif que j'ai déjà fait connaître, et l'appareil complété par le bandage monocle. (Diète, tisanes délayantes, saignées, lavements et pédiluves salés.)

Les épingles furent enlevées le quatrième jour. Le lambeau était partout adhérent, excepté au sommet, où le fil simple avait donné lieu à un peu de suppuration sans avoir cependant coupé les parties.

L'extrémité interne de la nouvelle paupière, décollée en arrière, offrait ainsi, après le fil ôté, un petit appendice mobile flottant au-devant du sac lacrymal, qui s'abaissait lorsqu'on appuyait au-dessous avec l'extrémité du doigt, mais qui dans l'état ordinaire recouvrait entièrement la plaie.

De légères cautérisations, aidées d'une douce compression et de l'emplâtre adhésif continué sur la joue, amenèrent en peu de jours le recollement complet de cet appendice, sans difformité.

Les causes qui dans cet endroit ont empêché la réunion immédiate d'avoir lieu, et auxquelles, comme on le voit, était complétement étranger le défaut de laxité du lambeau, me semblent être les suivantes :

1° La suture par le fil simple, sur les inconvénients de laquelle je me suis déjà prononcé dans l'observation première.

Ces inconvénients me paraissent tels en effet, que dans les cas où la saillie du nez rendrait tout à fait impossible l'emploi des tiges métalliques, je croirais préférable de m'en tenir à la compression aidée des bandelettes adhésives.

2° L'élimination des petites escharres résultant de la cautérisation exercée sur le sac lacrymal.

3° L'accumulation des larmes dans l'angle interne de l'œil, l'état du canal nasal ne leur permettant pas de suivre tout d'abord leur cours naturel.

4° Enfin la conservation d'une petite portion de l'ancienne paupière, dont la différence des tissus avec ceux du nez a dû être un obstacle à leur réunion. Aussi mieux eût-il valu peut-être sacrifier entièrement dans l'opération cette petite portion du voile palpébral équivalant à peine à un millimètre.

Il est vrai de dire néanmoins, d'un autre côté, que depuis la réunion opérée, cette si petite portion de l'ancienne paupière a semblé, par un travail que l'expérience a souvent constaté, prendre un peu plus de développement, et donner à celle nouvellement formée une plus grande consistance.

Malgré la solidité des adhérences, qui dès le dixième jour unissaient partout le lambeau aux parties voisines, le bandage unissant de la joue n'en fut pas moins continué plus de trois semaines encore. Quoique presque entièrement dépourvue de cils, la nouvelle paupière est d'ailleurs parfaitement organisée et n'a subi encore évidemment aucune rétraction bien considérable.

Elle n'offre, ainsi que la conjonctive oculaire, aucune trace de rougeur et d'ulcération.

La cicatrice le long du nez, confondue avec le sillon qui sépare cette partie de la joue, est tout à fait imperceptible, et celle de la tempe, confondue de même avec les rides qui continuent en arrière la commissure des paupières, est également insensible, et pourrait dans tous les cas, chez les femmes surtout, être facilement cachée par les cheveux, avantage que ne présentent pas les cicatrices existant sur la face à la suite des autres procédés en usage.

Dans ce cas, comme dans le premier que j'ai rapporté, les larmes ont repris leur cours. Quant aux mouvements très-peu essentiels d'ail-

leurs pour la paupière inférieure, et auxquels peuvent même, jusqu'à un certain point, suppléer ceux de la partie supérieure de la face, ils sont resté, ici comme chez notre première opérée, presque aussi prononcés que ceux des paupières normalement conformées. Et il est facile de comprendre, comme nous l'avons dit, combien ce procédé que nous employons doit l'emporter sous ce rapport sur les autres procédés à lambeaux disséqués de toutes pièces, et rapportés de très-loin; car il est évident que dans ces procédés les fibres musculaires qui entourent l'orbite restent complétement en dehors du lambeau dont elles servent tout au plus à former le pédicule, tandis que, dans notre manière de faire, le faisceau du palpébral qui avoisine la perte de substance est rapporté tout entier au contour de l'orbite.

Obs. III. *Tumeur lacrymale.* —*Désorganisation du sac lacrymal et de la partie interne de la paupière inférieure droite par l'action d'un caustique.* — *Guérison de la fistule lacrymale par une canule particulière.* — *Restauration de la paupière par glissement du lambeau pris sur le côté correspondant du nez.* — La femme Grand, de Sennusac, portait depuis longtemps à l'œil droit une tumeur lacrymale qui s'enflammait parfois, et qu'elle voulut guérir par l'application d'un caustique que lui avait donné un empirique. L'action en fut tellement violente que l'œil devint en proie à une très-vive inflammation, et la face à un érysipèle considérable. Le sac lacrymal fut détruit, et toute la partie interne de la paupière inférieure, équivalant au tiers au moins de son étendue transversale, tomba en gangrène. Il resta ainsi en avant du canal nasal une dépression demi-circulaire d'un centimètre d'étendue environ, donnant lieu à l'écoulement des larmes sur la joue, et accès à l'air sur le globe de l'œil.

Dans ce cas, la réparation de la perte de substance de la paupière ne pouvant avoir lieu avec certitude qu'après le rétablissement du cours naturel des larmes, ces deux indications, évidemment, ne pouvaient être remplies que par deux opérations successives et distinctes.

1° *Traitement de la fistule lacrymale.*—L'opération de la fistule lacrymale eut lieu au moyen d'une cannule en or, de forme appropriée à ce cas particulier. — Le bord antérieur du pavillon était un peu relevé et d'une étendue transversale de près d'un demi-pouce, de manière à soutenir par son extrémité, dont les angles étaient un peu arrondis, la portion flottante de la paupière sur laquelle elle appuyait. Le bord postérieur, au contraire, très-court et disposé en forme d'entonnoir pour mieux s'appliquer à l'orifice du canal osseux, était seulement creusé d'une petite gouttière pour mieux recueillir les larmes et les diriger dans le nez.

Au bout de quelques semaines, le canal nasal était suffisamment dilaté, et le cours des larmes rétabli. J'essayai alors, de la manière suivante, à remédier à la perte de substance de la paupière.

2° *Restauration de la paupière.* —Un petit lambeau triangulaire ayant son sommet en bas adhérent à l'aile du nez fut détaché de cet organe et incliné en dehors, au-devant du sac lacrymal, vers la portion flottante de la paupière inférieure. La perte de substance, dont les bords avaient été pri-

mitivement rafraîchis et disséqués dans une petite étendue, se trouvait ainsi recouverte d'une manière complète par le lambeau.

Deux très-petites épingles, placées l'une au-dessus de l'autre, servirent à réunir ces parties. — La plaie du nez, restée à découvert, fut pansée simplement. De petites bandelettes de taffetas gommé, et une douce compression avec un peu d'agaric et de charpie fine, eurent pour but de favoriser la réunion et de s'opposer à la rétraction des parties. Cette opération eut lieu le 15.

A la levée du premier appareil, qui eut lieu le quatrième jour, la réunion était partout complète; néanmoins, les fils de la suture, l'appareil compressif et les bandelettes adhésives furent maintenus en place plusieurs jours encore. La plaie du nez s'est recouverte assez rapidement d'une cicatrice mince, sans que pour cela le lambeau ait paru éprouver de rétraction sensible.

La malade a conservé un épiphora, ce qu'expliquent facilement les désordres occasionnés dans les voies lacrymales; mais la fistule et la tumeur ne se sont pas reproduites.

Ces opérations, suivies de succès, et choisies parmi quelques autres pratiquées aussi sur la paupière inférieure d'après le même procédé, m'ont paru, sous ce rapport, douées d'un certain intérêt, et de nature à fournir quelques préceptes généraux pour les autres opérations du même genre.

En 1836, M. Michelet de Pons, dans une observation qui se trouve relatée dans le *Bulletin général de Thérapeutique* du mois d'octobre 1837, avait aussi déjà, par un procédé qui ne diffère de celui que je viens d'indiquer pour la partie interne de la paupière inférieure que par la forme quadrilatère qu'il donne à son lambeau, remédié avec un succès presque complet à la perte de substance de la partie externe de cette même paupière.

Une rétraction assez considérable eut lieu à la suite de cette opération.

Notre confrère l'attribue uniquement à la tendance qu'ont naturellement les parties à reprendre leur place, et à la différence de tissus dont se composent le lambeau et la paupière, condition qui se prête mal à leur réunion. Les raisons physiologiques qu'il donne de ce déplacement sont assurément très-puissantes; mais nous n'en sommes pas moins porté à croire que la forme quadrilatère du lambeau qu'il a adoptée, et qui, par le tiraillement exercé à sa base, lui empêche de s'incliner vers la paupière avec autant de facilité, est aussi de nature à favoriser cet accident.

Ce motif nous porte à donner de préférence au lambeau une forme triangulaire ou trapézoïde, en inclinant davantage au-dessous de l'orbite, et en prolongeant plus bas, selon le précepte général de Lisfranc, l'inci-

sion qui doit le borner en dedans ou en dehors, dans le cas de restauration interne ou externe de la paupière inférieure.

Il est vrai qu'en prescrivant ainsi de rétrécir le pédicule, nous paraîtrons peut-être en opposition avec un principe général en autoplastie, propre surtout à la méthode du glissement, et que nous semblons nous-même avoir eu en vue de suivre (quoique dans un but tout différent) dans nos opérations de restaurations totales, celui de conserver le lambeau adhérent dans une très-grande étendue, pour mieux en assurer la nutrition. Mais si la méthode indienne, avec les procédés ordinaires dans lesquels le lambeau n'a qu'un pédicule extrêmement étroit, auquel on fait subir en outre un mouvement de renversement et de torsion pour pouvoir l'appliquer, offre encore des chances de vitalité suffisante, à plus forte raison doit-on conserver peu de craintes sous ce rapport lorsque ce pédicule est plus large, ne change presque pas de place et n'a aucune torsion à éprouver.

Pour nous, en effet, ce qui nous a engagé, dans nos deux opérations de restaurations totales (et dans celles-ci seulement), à ne pas pratiquer d'incisions en arrière, les parties offrant d'ailleurs assez de laxité pour pouvoir être rapprochées et réunies sans trop de tiraillement, c'est particulièrement afin que le lambeau, mieux soutenu en haut sur la tempe, puisse aussi se maintenir plus facilement au-devant de l'orbite et s'opposer au renversement de la nouvelle paupière.

Il a donc été pratiqué, comme on le voit, jusqu'ici, par la méthode du *glissement*, méthode de Celse, et par le même procédé à peu près, une restauration de la partie externe de la paupière inférieure par M. Michelet, et par nous une restauration de la partie interne de cette paupière, et deux réparations totales.

Resterait donc, pour ramener aux mêmes règles, aux mêmes préceptes généraux, toutes les indications exigées par les pertes de substance de la paupière inférieure, de pouvoir remédier de la même manière à celles qui occuperaient la partie moyenne de cet organe.

Or, ce moyen consisterait, selon nous, à appliquer tout simplement à cette restauration de la partie moyenne de la paupière, le même procédé que pour la partie externe : pour cela, on agrandirait de la même manière la commissure externe par une incision horizontale prolongée sur la tempe. On en pratiquerait de même une en arrière, dirigée obliquement vers la joue, de manière à circonscrire un lambeau en forme de triangle ou de trapèze, et on détacherait de l'orbite la portion externe de la paupière, afin de pouvoir la rapprocher du centre et la mettre en contact avec la partie interne. On pourrait ici, avec plus de perfection encore, au lieu de détacher seulement de l'orbite la portion externe de

la paupière avec la muqueuse qui la tapisse, disséquer avec soin cette membrane, pour conserver ses insertions à l'œil et l'appliquer aux parties qui doivent être rapportées en dehors. Cette manière de faire, plus délicate à la vérité, offrirait peut-être, en revanche, plus de régularité et de garantie contre la rétraction.

Quoi qu'il en soit, il est facile de voir, par ce procédé, que la partie moyenne de la paupière enlevée se trouve ainsi remplacée par la partie externe, et celle-ci par des parties nouvelles empruntées à la tempe.

Par ce moyen, on n'aurait évidemment qu'un seul procédé pour les réparations de la partie moyenne et de la partie externe de la paupière inférieure, et ce procédé, à part le léger inconvénient de détruire, dans ce dernier cas, les adhérences naturelles d'une portion de la paupière, pour lui en faire contracter de nouvelles en dedans, offrirait d'ailleurs les mêmes avantages d'un lambeau également bien nourri, d'une exécution également facile et d'une cicatrisation régulière.

Si ce procédé est possible pour la réparation de la totalité de la paupière; si, dans ce cas, les téguments de la face et de la tempe offrent le plus souvent assez de laxité pour pouvoir, même sans incision en arrière, permettre au lambeau de recouvrir toute la perte de substance, à plus forte raison devra-t-il suffire quand il ne s'agit que d'une portion à réparer.

Ce procédé nous paraît surtout de beaucoup préférable à celui dont nous avions d'abord conçu l'idée, et qui consistait à remplacer l'incision ordinaire en V, destinée à circonscrire la maladie, par une incision rec tangulaire, dont on prolongeait ensuite verticalement sur la joue les deux incisions latérales, de manière à détacher un lambeau de la forme d'un rectangle, adhérent en bas, et qu'on remontait jusqu'au niveau des deux portions restantes de la paupière inférieure pour l'y fixer au moyen d'épingles disposées de chaque côté.

Ce procédé, un des moins satisfaisants évidemment, à cause des cicatrices vicieuses qu'il laisserait sur la partie de la face la plus apparente, serait aussi, malgré l'application soutenue du bandage unissant, plus propre que tout autre à favoriser la rétraction des tissus, et par suite le renversement de la paupière, le point de traction se trouvant placé tout à fait en bas, dans la partie de la face la plus mobile.

Dans un second article, nous nous occuperons de la blépharoplastie de la paupière supérieure, et rapporterons plusieurs exemples de restaurations partielles ou totales de cette partie.

Guillon, D. M.
A Cozes (Charente-Inférieure).

UN MOT SUR UNE NOUVELLE PATE CAUSTIQUE AVEC LE SULFATE DE CUIVRE, ET SUR SON EMPLOI DANS QUELQUES AFFECTIONS CHIRURGICALES.

Le sulfate de cuivre n'est guère employé de nos jours comme caustique. Son principal usage consiste en collyres et en injections, et encore, dans ces cas, doivent-elles être considérées comme astringentes, détersives, styptiques même, plutôt que comme cautérisantes.— Ce n'est pas la peine de parler de l'emploi que l'on en fait pour cautériser les aphthes, les chancres, attendu que le nitrate d'argent peut le suppléer avantageusement, et que l'on n'emploie guère que ce dernier. Mais il est une pâte caustique que l'on fait avec le sulfate de cuivre, dont la composition ne se trouve, je crois, dans aucun formulaire, et qui cependant me paraît bien mériter d'être connue.

Si, en effet, on réduit en poudre le sulfate de cuivre, et que l'on en délaye une certaine quantité avec un jaune d'œuf jusqu'à consistance de pâte molle, on obtient un mélange de très-beau vert de feuille, qui jouit de propriétés caustiques, et dont voici les effets : quand on en applique une rondelle sur la peau, après l'avoir étendue sur un petit plumasseau de charpie, ou sur un morceau de linge ou de sparadrap, une vive excitation se produit bientôt sur la partie; on en voit tout le pourtour se fluxionner un peu et rougir; la partie qui est en contact avec la pâte cautérisante devient le siége d'une douleur assez vive, qui cesse au bout de trois ou quatre heures. C'est qu'alors l'effet caustique est produit. Lorsque, effectivement, on enlève l'appareil quelque temps après, on s'aperçoit que la partie qui a été touché est devenue grisâtre et escharrifiée; seulement l'escharre n'est point profonde comme elle l'est avec la plupart des autres caustiques, et lorsqu'elle s'est détachée, il n'en résulte jamais de ces cicatrices vicieuses que l'on remarque souvent après les autres cautérisations; quelque temps après, la trace du caustique est imperceptible. Cette précieuse qualité nous porte à attacher une grande importance à ce caustique. On sait, en effet, qu'il est quelques maladies qui, comme la pustule maligne, doivent être cautérisées pour en arrêter la marche désorganisatrice; or, on se sert ordinairement du cautère actuel, ou bien, si l'on s'adresse à des cautères potentiels, on en choisit qui aient assez d'action pour désorganiser le mal en escharrifiant les tissus à une certaine profondeur. Que s'ensuit-il de là? c'est que lorsque la solution de continuité qui succède à la chute des escharres est cicatrisée, il en reste une trace indestructible, savoir, des cicatrices défectueuses. Que maintenant la pustule maligne se soit déclarée à la figure, au cou,

aux mains, combien désagréables ne seront pas ces cicatrices sur des parties du corps naturellement découvertes! Or, avec la pâte de vitriol bleu, on évitera fréquemment cet inconvénient majeur. En voici un fait observé par nous à l'Hôtel-Dieu, il y a déjà deux années : il se rapporte à un cas de pustule maligne qui, développée sur la figure d'un militaire, fut traitée avec cette pâte caurérisante sans aucune trace de cicatrice.

Pustule maligne à la figure, traitée et guérie sans cicatrices avec la pâte de vitriol bleu.

Le 20 août 1839, nous reçûmes, à la visite des malades, un militaire qui, un jour et demi auparavant, avait commencé d'éprouver, sans cause connue, du picotement, de la démangeaison à la figure, ce qui le portait à se gratter. Sur la partie qui était le siége de cette démangeaison apparut de la rougeur, de la tuméfaction, et vers le centre une vésicule qui, lorsque nous l'examinions, paraissait déchirée depuis peu de temps, et l'on reconnaissait même à sa place une petite tumeur dure, aplatie, circonscrite, qui indiquait le commencement de la deuxième période de la maladie. L'aspect particulier du mal, la manière dont il avait procédé, les phlyctènes éparses sur l'engorgement circonvoisin, ne pouvaient laisser en doute que nous n'eussions affaire à une pustule maligne qui avait tendance à s'étendre. Quel traitement appliquer pour la combattre? L'idée de l'emploi immédiat de la cautérisation se présenta à l'esprit : le difficile consistait seulement à employer un moyen qui ne laissât pas des cicatrices apparentes; or, ce moyen fut immédiatement trouvé dans l'emploi de la pâte de vitriol, et nous l'appliquâmes de la manière suivante : nous taillâmes un morceau de diachylon circulairement, et, sur le milieu de celui-ci, nous pratiquâmes une ouverture de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Cet emplâtre étant alors placé de telle manière que la tumeur légère de la pustule apparût par l'ouverture centrale, nous recouvrîmes celle-ci d'un plumasseau de charpie chargé de la pâte de vitriol, que nous venions de faire préparer. Une simple bande et une compresse maintinrent le petit appareil. Nous avions au préalable ouvert les phlyctènes et séché la surface du mal. — Peu de temps après, une cuisson assez vive, supportable pourtant, se déclara et dura pendant cinq ou six heures, pour cesser ensuite à peu près complétement. Quelque temps après, savoir vers la dixième heure, quand nous l'enlevâmes, on reconnaissait que la partie qui avait été touchée par le caustique était grisâtre et d'un gris noirâtre : c'était l'escharre, peu profonde toutefois, qui avait été produite. Les parties environnantes étaient rouges, un peu tuméfiées même, se ressentant de la vive irritation locale qui avait été produite. — Plumasseau d'onguent basilicum par-dessus.

Dès ce moment, la douleur et la chaleur corrodantes, qui s'étaient développées en ce point à cause de la pustule, avaient cessé. On reconnaissait évidemment que la phlegmasie locale était modifiée. Effectivement, il se passa, dès ce moment, ce qui a lieu à la suite de la cautérisation par les autres caustiques, c'est-à-dire que l'escharre, peu épaisse, se détacha, et qu'une cicatrisation complète s'ensuivit assez prochainement. Or, trois semaines après, sauf une légère dépression vers la partie centrale de la partie qu'avait occupée la pustule, on n'aurait pas dit qu'un caustique eût été appliqué sur ce point, tant la trace en était peu apparente. — Aucun autre caustique certainement n'eût donné un résultat aussi satisfaisant sous ce rapport.

Nous tenons d'un de nos praticiens les plus distingués que, dans sa longue pratique, il a fait un fréquent usage de ce caustique dans des cas pareils, et qu'il n'a eu qu'à s'en louer. Le praticien dont je parle a eu occasion de l'employer à l'Hôtel-Dieu, dans le mois dernier, pour réprimer les progrès de l'envahissement d'un cancer de la lèvre qui, opéré plusieurs mois auparavant, se reproduisait par l'ulcération de la partie externe de la cicatrice. Une amélioration notable s'en est suivie. Le malade est encore en traitement.

En somme, nous ne pouvons dire si, aux dernières périodes de la pustule maligne, ce caustique serait suffisant; mais nous avons la conviction qu'il l'est dans la première, et même dans le commencement de la seconde, et que, ne laissant pas après lui de cicatrice, on aurait tort d'en négliger l'emploi, surtout quand la pustule réside en des parties habituellement découvertes. Il nous semble également qu'il devrait être utile dans certains cas de *lupus*. Du reste, c'est un caustique à expérimenter encore.

PAYAN.

DES PERTES D'EAU PENDANT LA GROSSESSE.

Une femme enceinte et déjà avancée dans sa grossesse est prise tout à coup d'un écoulement d'eau semblable au liquide amniotique. Cet écoulement abondant survient brusquement et s'accompagne de légères douleurs abdominales et de reins.

L'accoucheur, mandé à la hâte, croit à l'imminence de l'accouchement; il constate par le toucher l'état des organes; il trouve le col utérin entr'ouvert, plus ou moins effacé; ces signes, réunis à l'écoulement du liquide, constituent pour lui un commencement de travail.

Mais, après quelques heures d'attente, l'écoulement cesse, les douleurs disparaissent, et cet accouchement prématuré, qui semblait iné-

vitable, n'a cependant pas lieu; la grossesse continue à parcourir ses périodes.

Ces faits ne sont pas rares : M. Nœgelé, qui le premier a appelé l'attention des praticiens sur ce phénomène, en a observé un assez grand nombre, qu'il a fait réunir dans une thèse soutenue à Heidelberg, sous sa présidence [1].

J'ai pu souvent aussi observer ces pertes d'eau, et dans des circonstances intéressantes à noter.

Comment peut-on expliquer ce phénomène?

On a pensé que les eaux provenaient d'une accumulation de liquide entre le chorion et l'amnios, et qu'elles ne s'échappaient qu'au moyen de la rupture du chorion; qu'elles étaient fournies par un vaisseau lymphatique utérin rompu, par un hydromètre, par un œuf surnuméraire, enfin par une rupture des membranes dans un point éloigné de l'orifice. Aucune de ces explications ne peut résister à un sérieux examen. Un seul fait, la persistance de la grossesse, les détruit toutes. En effet, si ces pertes dépendaient d'une accumulation de liquide entre le chorion et l'amnios, comment admettre, après la rupture du chorion, que l'amnios pût résister assez pour que la grossesse pût parcourir ses périodes? La fausse-couche, dans ce cas, serait presque toujours inévitable. Il en est de même de la rupture des membranes dans un point éloigné de l'orifice. Quant à la rupture d'un vaisseau lymphatique, elle s'accompagnerait toujours d'accidents qu'on n'observe pas dans les pertes d'eau. Il serait possible aussi d'admettre que les eaux proviennent de la rupture d'un œuf surnuméraire, si l'écoulement, après avoir duré quelques heures, cessait de se manifester, ce qui n'a pas lieu. Le plus ordinairement ces pertes, après avoir duré quelques heures, quelques jours même, se renouvellent le plus ordinairement plusieurs fois pendant la grossesse; à tel point que chez telle femme chez laquelle j'ai pu observer ce phénomène, la somme de toutes ces pertes partielles pouvait être évaluée à dix ou douze litres de liquide, et quelquefois bien davantage.

Enfin, si ce phénomène était dû à un hydromètre sans grossesse, la non-existence de cette grossesse ne tarderait pas à être constatée; ou bien, si un hydromètre distendant manifestement toute la cavité utérine, venait compliquer une grossesse, ce qui est rare, la grossesse serait, dans la plupart des cas, compromise, et la fausse-couche, je le répète, suit bien rarement les pertes d'eau. Dans aucun des cas que j'ai observés, l'avortement n'a eu lieu, toutes les femmes sont parvenues à terme.

Cependant, si l'on suppose l'hydromètre partiel et n'occupant qu'un

[1] *De Hydrorrhea uteri gravidarum*, 1822, auct. J.-B. Geil.

petit espace dans la cavité utérine, on arrivera à l'explication qui semble la plus rationnelle.

Telle est au reste l'opinion de M. Nœgelé à cet égard. Il pense que les écoulements d'eau sont dus à l'accumulation d'une certaine quantité de liquide entre la surface externe des membranes de l'œuf et la surface interne de l'utérus; en effet, admettant que le liquide amniotique soit fourni par les vaisseaux lymphatiques utérins, opinion qui semble être la plus probable, on conçoit que dès que l'œuf est suffisamment rempli, si le liquide continue d'arriver, il s'arrête alors entre l'œuf et l'utérus. En décollant les membranes de la surface interne de l'organe, il se forme ainsi une poche qui s'accroît chaque jour, jusqu'à ce que l'utérus distendu réagisse sur ce liquide accumulé, et le force à s'écouler, en achevant de décoller la partie des membranes qui sépare la poche de liquide du col utérin, qui s'entr'ouvre pour laisser passage au liquide.

Cette réaction de l'utérus n'est pas toujours perçue par la mère; mais souvent ses contractions déterminent de légères douleurs de reins et de bas-ventre.

On comprend dès lors comment, quand cette dernière circonstance vient se joindre à une légère dilatation du col utérin, on peut être induit en erreur et croire à un accouchement prochain, surtout quand la grossesse est avancée, et qu'on n'a pas encore eu lieu d'observer les pertes d'eau.

M. Nœgelé considère en outre ces accidents comme le résultat d'une légère inflammation des membranes, et conseille pour traitement les petites saignées révulsives, l'opium et le repos, moins dans l'intention de combattre ces pertes que pour remédier aux conséquences qu'elles pourraient avoir sur l'existence de la grossesse.

Ces pertes nous donnent aussi l'explication de ces cas extraordinaires cités par les auteurs où des avortements inévitables furent arrêtés cependant, malgré la formation de la poche et l'écoulement brusque d'une grande quantité de liquide (qui faisait supposer que la poche s'était rompue).

M. Velpeau (page 403, 1er volume) cite plusieurs de ces cas qui évidemment doivent être rapportés à des pertes d'eau. J'excepte cependant les deux observations où, après l'issue du bras et l'engagement de la tête, le travail cessa pour ne se manifester de nouveau que plusieurs mois après. M. Velpeau, pas plus que moi, n'ajoute foi à ces deux observations extraordinaires; les autres observations, au contraire, émanent de gens dont le témoignage ne peut être révoqué en doute. Ainsi Désormeaux, dans un cas où il croyait l'avortement inévitable, vit tout rentrer dans l'ordre après un écoulement considérable de liquide qui lui fit croire à

la rupture des membranes, malgré des douleurs énergiques et un léger écoulement sanguin et la dilatation du col.

MM. Gorgeret, Morlanne, Monoury, Lévêque, observèrent aussi des phénomènes semblables ; mais certes il ne s'agissait là que d'une simple perte d'eau accompagnée de douleurs plus énergiques que de coutume, et d'une légère exsudation sanguine, déterminée par le décollement de la partie inférieure des membranes. Sans cela, comment admettre que la rupture de l'œuf ait pu s'effectuer sans être suivie de l'expulsion du produit? Cette vérité, M. Velpeau l'avait pressentie quand il dit : « Le liquide qui sort du col utérin peut d'ailleurs venir d'un kyste hydatique « ou de l'intervalle des membranes. »

En effet, cette opinion est celle qui certainement se rapproche le plus de la vérité. Quelques observations succinctement rapportées et prises au milieu d'un plus grand nombre, viendront de tout point confirmer les opinions de M. Nœgelé.

Une femme entre à la Clinique au huitième mois de sa grossesse ; elle était fort bien portante. Cependant, sans causes appréciables, elle éprouva d'assez vives douleurs et perdit une grande quantité de liquide clair, sans que pour cela le toucher signalât un commencement de travail. Peu à peu les douleurs cessèrent, et un mois après un véritable travail se déclara ; la poche des eaux se forma, se rompit, et un enfant bien portant fut expulsé.

La nommée Pinçon, primipare, pendant son séjour à la Clinique perdit plusieurs fois des eaux, ce qui ne l'empêcha pas d'aller à terme et d'accoucher, le 1er janvier 1833, d'un garçon fort, dont le diamètre occipito-frontal avait six centimètres.

La nommée Henri (Célestine), entrée au terme de sept mois et demi, depuis longtemps à la Clinique, perdit tout à coup une quantité de liquide roussâtre qu'on put évaluer à deux litres ; le toucher ne fit reconnaître aucun commencement de travail : six jours après cette perte, l'enfant est bien vivant, l'utérus manifestement développé, quoique de légères pertes se manifestent de temps à autre. A terme, la poche des eaux fut rompue artificiellement, un liquide clair, limpide, s'écoula, et l'accouchement s'effectua dans les circonstances ordinaires.

Duchêne, dix-huit ans, primipare, accouchée à terme le 5 mars 1839, avait perdu à sept mois une quantité de liquide roussâtre, pendant deux jours, sans que sa santé en ait été altérée.

Gouffière, trente-six ans, accoucha à terme pour la douzième fois, le 20 mars 1839. Pendant les huit derniers jours écoulement séreux que la malade attribue à une longue course, rupture des membranes le jour même de l'accouchement.

Flamand, vingt ans, primipare, accouchée à terme le 21 mars 1839, perdit, au terme de huit mois, une certaine quantité d'eau à la suite de fatigues en voiture.

Merchez, vingt-huit ans, accouchée pour la deuxième fois à terme, à cinq mois, après une chute de sa hauteur sur le côté gauche, éprouva de légères douleurs lombaires, accompagnées d'un écoulement séreux.

Dupuis, vingt-cinq ans, primipare, accouchée à huit mois, le 13 avril 1839; sans cause appréciable, au terme de trois mois, perdit des eaux pendant deux jours sans éprouver la moindre indisposition concomitante ni consécutive.

Popelain, vingt et un ans, enceinte pour la cinquième fois, perdit au terme de cinq mois et demi, le 5 août 1840, à trois heures du soir, des eaux roussâtres accompagnées de quelques caillots; ces pertes se reproduisirent les jours suivants, mais cependant en quantité moins considérable.

Sa santé est parfaite, l'enfant bien portant. C'est dans cet état qu'elle est sortie de la Clinique quinze jours après la première perte.

Mme G., enceinte pour la douzième fois, se sentit tout à coup mouillée par une petite quantité d'eau claire. Elle me fit mander aussitôt, craignant un accouchement prochain; elle était au terme de sept mois et demi. Après avoir constaté l'état de cette dame, je la rassurai complétement; l'écoulement s'arrêta, et Mme accoucha à terme d'une fille bien portante. A quelques-unes de ses précédentes grossesses elle avait éprouvé ces pertes; une fois entre autres l'accoucheur qui l'assistait regardant cet écoulement de liquide comme le signal d'un accouchement imminent, passa inutilement un temps considérable auprès de cette dame, qui arriva à terme.

M. le docteur Ameuil m'a communiqué le fait suivant. Mme N..., au terme de six mois et demi, fut prise, le 27 juin, après s'être beaucoup fatiguée, d'une perte d'eau assez considérable, comme si la poche amniotique se fût rompue; elle n'éprouvait d'autres douleurs qu'un sentiment de lassitude et de pesanteur dans les reins et le bas-ventre, et rien cependant ne signalait un commencement de travail; pendant trois nuits et trois jours l'eau continua de couler à chaque mouvement que faisait la malade, puis peu à peu l'écoulement cessa : la santé est bonne, et tout fait penser que Mme N. ira à terme. 16 juillet 1842.

M. Demeaux, interne de l'Hôtel-Dieu, reçut, il y a quelques jours, dans le service des femmes en couches, une femme qui perdait des eaux en abondance; le col était dilaté comme une pièce de cinq francs : elle était encore éloignée de son terme. Après quelques jours de repos, elle sortit de l'hôpital sans être accouchée.

De ces observations on peut conclure : premièrement, que ces pertes n'ont, dans la plupart des cas, aucune influence fâcheuse sur la grossesse : deuxièmement, que le liquide ne peut être fourni par l'œuf lui-même, parce que presque toujours on a pu constater ultérieurement l'intégrité de la poche au moment de l'accouchement, et parce que souvent le liquide expulsé était coloré, tandis que l'eau fournie plus tard par la poche rompue était transparente. L'inverse eut lieu chez une jeune fille qui perdit pendant sa grossesse des eaux claires à cinq ou six mois de terme, et qui, au moment même où les pertes continuaient, accoucha d'un enfant mort depuis trois semaines, et qui nageait dans un liquide sanguinolent et putréfié.

Enfin, les deux faits qui suivent viennent encore à l'appui de cette opinion que le liquide n'est pas fourni par l'œuf, mais bien par l'utérus.

Une femme ayant une maladie du cœur infiltrée des extrémités inférieures, fit à six mois une fausse couche à la Clinique. Pendant sa grossesse cette femme avait perdu souvent des eaux aux époques correspondantes aux règles, et après son accouchement, les lochies, au lieu d'avoir la couleur ordinaire, étaient limpides, abondantes et incolores. Quinze jours après son accouchement, la malade entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Honoré, qui put observer pendant quelque temps la continuation de ce phénomène.

Une autre femme de la Clinique, excessivement infiltrée, perdit, huit jours avant son accouchement, une très-grande quantité d'eau ; cependant la poche, au moment du travail, était intacte : deux jumeaux naquirent. Les suites de couches furent heureuses ; mais les lochies, très-abondantes, étaient presque complétement décolorées, et insensiblement elles prirent tout à fait l'aspect de pertes d'eaux, et s'écoulèrent aussi abondamment que celles qui avaient précédé l'accouchement.

D'où venaient ces eaux, assez abondantes pour tremper plusieurs draps par jour, si ce n'est de l'utérus ?

Chailly (Honoré),
Ex-chef de la clinique d'accouchement de la Faculté de Paris.

CHIMIE ET PHARMACIE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ACTION DU SULFATE DE QUININE SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

Dans le cours de mes recherches chimiques relatives à l'action des sels les uns sur les autres, envisagée sous le rapport de l'art de formuler,

j'ai été conduit à découvrir la cause de l'action immédiate d'un assez grand nombre d'agents médicaux. Parmi ces agents, il en est un, tout palpitant d'actualité, dont l'explication thérapeutique ne peut qu'être accueillie avec empressement par tous les praticiens jaloux de connaître les ressources de leur art, je veux parler du *sulfate de quinine*.

Bien longtemps avant la publication de l'intéressant Mémoire de M. Briquet, je savais que le sulfate de quinine était regardé à tort comme faisant partie de la médication tonique, mes recherches expérimentales m'ayant conduit à admettre dans leur entier les conclusions du travail de M. Giacomini, savoir que « le sulfate de quinine, loin d'être un médicament tonique, a une action hyposthénisante des plus marquées, qu'il faut combattre par les excitants diffusibles, et en particulier par l'alcool. » (*Annali di medicina*, février 1841.)

Il résulte, en effet, de mes expériences que le sulfate de quinine introduit dans l'économie éprouve une double décomposition chimique avec l'albumiate de soude que nos humeurs renferment; d'où résulte du sulfate de soude soluble et de l'albuminate de quinine, moins soluble que l'albuminate alcalin décomposé.

L'albuminate de quinine est du reste un composé peu stable en cette circonstance, un excès de soude ne tarde pas à le détruire en s'emparant de l'albumine et mettant l'alcali organique en liberté. Or, la quinine devenue libre se précipite, et, agissant comme tout corps insoluble dans le sang agit en pareil cas, apporte un retard plus ou moins marqué dans la circulation.

Le premier effet du sulfate de quinine doit par conséquent se traduire par un ralentissement du pouls d'autant plus marqué que la dose du sel de quinine administré sera plus considérable, et c'est précisément ce qui résulte des expériences cliniques de MM. Giacomini et Briquet.

Quant aux vertus hyposthénisantes du sulfate de quinine, elles découlent de la propriété que la quinine administrée à l'état salin possède de se combiner avec l'albumine du sang, c'est-à-dire avec l'élément fondamental de nos tissus, ainsi que de la propriété qu'elle possède alors d'introduire dans la circulation un corps insoluble, ou du moins si peu soluble, que l'organisme ne doit pouvoir s'en débarrasser qu'avec une extrême lenteur.

Le fait de la transformation chimique du sulfate de quinine introduit dans l'économie animale, en un composé à peine attaquable par la partie liquide du sang, rend compte de la grande difficulté que l'on a à constater la présence de la quinine dans les urines des personnes à qui elle a été administrée à l'état de sulfate. On conçoit, en effet, que la faible proportion de quinine entraînée par le liquide des voies urinaires

ait pu échapper à un grand nombre d'expérimentateurs d'ailleurs fort habiles.

Ce fait me porte, de plus, à ranger le sulfate de quinine parmi le petit nombre de médicaments dont l'action thérapeutique ne saurait être passagère ; qui, une fois introduits dans la circulation générale, ne peuvent en être que très-difficilement expulsés, et qui, partant, sont dans les conditions les plus avantageuses pour amener des modifications organiques durables, mais qui aussi, administrés à doses élevées, peuvent déterminer des perturbations désastreuses.

Dans le cas d'intoxication par le sulfate de quinine (car, à l'exemple de M. Giacomini, je le considère comme pouvant être funeste en certaines circonstances), je crois que l'on doit rechercher son antidote parmi les excitants diffusibles, ainsi que MM. Giacomini et Rognetta l'ont déjà recommandé; mais il faut que les agents diffusibles soient choisis avec discernement, il faut qu'ils puissent donner de la solubilité au corps insoluble, la quinine, qui est alors répandue dans tout ou partie de la masse sanguine.

L'alcool est du reste presque le seul médicament diffusible sur lequel il est permis de compter en ce cas ; encore faut-il le donner avec réserve, car passé une certaine dose, il faciliterait lui-même l'arrêt de la circulation en coagulant l'albumine, ainsi qu'il le fait plus ou moins dans l'ivresse, et totalement quand il produit la mort instantanée.

Je terminerai cette note par une remarque relative à l'administration du sulfate de quinine : ce sel, comme tous les médicaments en général, n'a d'action sur l'économie vivante qu'autant qu'il est absorbé : or, son absorption est loin d'être toujours également complète dans les différentes circonstances où on l'administre; ainsi, pris en dissolution acide par la bouche, il est totalement absorbé; administré en pilules par la même voie, il est encore absorbé à la faveur des acides du suc gastrique, mais incomplétement toutes les fois que la dose du sel organique est un peu élevée. Administré par l'anus, à l'état acide, le sulfate de quinine est assez bien absorbé, mais cependant moins parfaitement que par la bouche, à cause de l'alcali que renferment toujours les liquides de la partie inférieure du tube digestif; enfin, administré par cette dernière voie, à l'état pulvérulent, ce sel ne doit être absorbé qu'en très-faible quantité, quelle que soit d'ailleurs la dose de sulfate ingéré.

Les données qui précèdent me semblent dignes de fixer l'attention des praticiens, avec d'autant plus de raison qu'elles ne s'appliquent pas au sulfate de quinine seulement, un grand nombre de médicaments ayant comme lui la propriété d'être absorbés plus ou moins complétement, suivant les parties organiques du corps humain où on les applique. Nous

ajouterons, du reste, que les données qui précèdent ont été déjà confirmées par l'expérience clinique. M. le professeur Piorry s'est en effet assuré que l'action du sulfate de quinine sur la rate est totalement différente, suivant que ce sel est administré par l'anus à l'état neutre ou à l'état acide.

L. Mialhe.

UN MOT SUR LES GRAINES DE L'IF COMME SUCCÉDANÉES DE LA DIGITALE POURPRÉE.

La digitale pourprée a été jusqu'à présent considérée en France comme à peu près la seule plante jouissant de la propriété de modifier, et en certains cas d'apaiser les mouvemens tumultueux du cœur; mais l'action de cette plante n'est pas toujours identique dans ses effets thérapeutiques, peut-être à cause de ses divers modes de préparation

Pour obvier aux inconvénients que présente l'emploi de la digitale, quelques médecins, en Italie, ont cherché dans le règne végétal quelque autre substance qui eût des propriétés analogues, et qui pût lui servir de succédané. Après un grand nombre d'expériences, ils ont constaté que le fruit de l'if, *Taxus baccata*, pouvait avec avantage lui être substitué.

Le docteur Rempinelli, de Bergame, a obtenu de l'emploi de ce fruit des résultats qui offrent à la science un grand intérêt. Cet honorable praticien a pu se convaincre qu'à des doses très-minimes ce fruit, pris à l'intérieur, jouissait d'une action sédative toujours identique à ses résultats.

D'après les notes qu'il a bien voulu nous communiquer, ce fruit doit être privé de la pulpe charnue qui le recouvre, et qu'on rejette comme inutile.

Avec la graine on prépare une poudre, un extrait aqueux, un alcoolique, un alcoolé et un éthéréolé. Comme la température atmosphérique, le sol et la culture agissent puissamment sur la composition chimique des végétaux, nous avons dû constater par l'analyse les éléments constitutifs du fruit de l'if croissant dans nos climats; nous l'avons traité par l'eau, l'alcool et l'éther sulfurique, et nous avons trouvé qu'il contenait:

1° Une huile essentielle qui rappelle l'odeur de l'essence de térébenthine;

2° Une huile fixe;

3° Du sucre appréciable par la fermentation;

4° De l'albumine en petite quantité;

5° Une résine verte d'une saveur très-amère ;

6° Du sulfate de chaux ;

7° De la fibre végétale.

D'après les expériences que nous avons tentées sur des animaux, nous avons reconnu que le fruit de l'if n'avait pas les propriétés toxiques que M. Orfila a signalées dans les feuilles de cet arbre.

Stan. MARTIN, pharm.

UN MOT SUR LES PILULES DE PROTO-IODURE DE MERCURE, ET LE MODE D'ADMINISTRATION DE CE MÉDICAMENT.

Le *Journal de Chimie médicale* donne la formule suivante comme étant celle qu'emploie le plus ordinairement M. Ricord pour l'administration du proto-iodure de mercure.

Proto-iodure	30 centigrammes.
Thridace	30 centigrammes.
Extrait thébaïque. .	6 centigrammes.
Extrait de ciguë. . .	60 centigrammes.

Pour faire 6 ou 12 pilules.

Suivant ce journal, M. Ricord donne quelquefois jusqu'à 40 et 50 centigrammes de proto-iodure de mercure dans un seul jour au moyen de ces pilules, et il ajoute avec raison que dans cette administration il faut avoir égard, comme le chirurgien de l'hôpital du Midi, à la susceptibilité des sujets, étudier chez eux l'action du remède; car tel malade peut supporter une quantité de proto-iodure assez forte, et tel autre n'en tolérerait pas une beaucoup plus faible.

Toujours est-il que M. Ricord donne 50 centigrammes de proto-iodure dans un seul jour, et que l'opinion nouvelle que nous avons émise relativement à la différence d'action médicale que nous avons dit exister entre les proto et les deuto sels de mercure commence à porter son fruit. Le proto-iodure n'est plus considéré comme ayant une action *presque égale à celle du sublimé corrosif*. M. Ricord, à notre exemple (nous l'avons prescrit il y a plus d'un an à la dose de 60 centigrammes), en porte la dose à 50 centigrammes en un seul jour, et il peut certainement le faire sans le moindre danger, pourvu toutefois que cette proportion d'iodure soit donnée en une ou deux prises dans le jour, et non à doses trop fractionnées; car, dans ce cas, la salivation pourrait survenir après l'injestion d'une quantité même assez faible de ce composé mercuriel.

Il est évident, comme les faits cliniques le montrent, que tous les malades ne peuvent supporter une égale proportion de proto-iodure de mercure. A quoi tient cette différence dans la susceptibilité organique? N'en trouverait-on pas une des causes dans ce que je disais en février 1840 dans le *Journal de Pharmacie* : « Il ne peut jamais se former qu'une quantité de sublimé corrosif correspondant à la quantité de chlorures alcalins que renferment nos viscères; les grands mangeurs de sel de cuisine, toutes choses étant égales d'ailleurs, doivent être plus sujets à saliver sous l'influence d'une médication *calomélique*. »

Cette proposition, qui est pour moi surabondamment démontrée aujourd'hui, ne doit pas être restreinte au proto-chlorure de mercure seulement, elle est également applicable à *tous les proto-sels de mercure en général*, et par conséquent au proto-iodure.

Ce fait, qui est pour moi la vérité, peut être appuyé par diverses preuves. Pourquoi, demanderai-je, les enfants s'accommodent-ils plus aisément du calomel que les hommes faits? Pourquoi? parce que leurs humeurs sont moins riches en chlorures alcalins que les nôtres. Pourquoi encore les marins ne peuvent-ils, en aucune manière, supporter le calomel? parce que leur régime rend leurs humeurs plus abondantes en chlorures alcalins que chez les sujets ordinaires. A l'appui de ces assertions, je citerai le fait suivant rapporté par M. le docteur Maire : « Dans le cours de campagnes assez nombreuses sur mer, j'ai eu occasion de vérifier l'exactitude de ce fait sur nos matelots, assujettis, comme chacun le sait, à un régime salé, à tel point que j'avais renoncé, dans les derniers temps, à user du calomel comme purgatif au moins, à cause de la fréquence et de la promptitude avec laquelle il amenait le ptyalisme (1). »

Je terminerai cet article par une remarque importante que je signale à l'attention des praticiens pour qu'ils la vérifient : puisqu'il est démontré que les proto-sels de mercure agissent en raison directe de la quantité de chlorures alcalins que nos humeurs renferment, il est évident que les malades depuis longtemps soumis à la diète doivent plus aisément supporter l'usage des proto-sels de mercure que les gens en santé.

Cette observation est, du reste, applicable à l'action d'un grand nombre de composés métalliques, ainsi que je le démontrerai dans un travail ultérieur. L. Mialhe.

(1) *Journ. de Méd. prat.* Recueil des travaux de la Société de médecine de Bordeaux. Juin 1840, p. 346.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR UN CAS DE FRACTURE DES DEUX CLAVICULES.

La fracture simultanée des deux clavicules est un fait assez rare, à en juger du moins par le peu d'exemples de ce genre que possède la science. Je pense donc que celui que je viens d'observer ne sera pas sans intérêt pour les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

Joseph Fischer, garçon menuisier, fortement constitué, était occupé, le 24 août 1842, à démonter des boiseries dans une maison en démolition. Le mur de face, démoli jusqu'au niveau de la partie supérieure des fenêtres, laissait à découvert la pierre de taille horizontale (le couvercle) qui repose, par ses deux extrémités, sur les montants verticaux ou jambages. Cette pierre, brisée dans son milieu, ne se soutenait plus qu'à la manière d'une voûte au-dessus de l'espace vide représenté par l'aire de la fenêtre. Aussi, à peine Fischer eut-il mis le pied sur elle, que les deux fragments, cédant sous son poids, exécutèrent un mouvement de bascule, et tombèrent avec lui dans l'espace étroit compris entre les jambages de la fenêtre, de telle sorte que la violente compression qu'ils exercèrent transversalement sur les deux extrémités du diamètre biacromial détermina la fracture de l'une et l'autre clavicule.

Je fus mandé à l'instant même, et constatai cette double fracture, qui offrait les particularités suivantes : la tête était droite, et non pas inclinée d'un côté, comme cela se remarque ordinairement quand il y a fracture d'une seule clavicule; les deux bras étaient pendants le long du tronc; il était impossible au malade de porter l'une ou l'autre main à sa tête, ou sur l'épaule du côté opposé. La flexion de l'avant-bras sur le bras était libre et facile. *A gauche*, la fracture avait lieu vers la partie moyenne de la clavicule. L'extrémité du fragment interne faisait une forte saillie sous la peau; l'interne était entraîné en bas et un peu en dedans par le poids du membre, l'action du deltoïde et celle du grand pectoral agissant sur l'humérus. Du reste, en soulevant le bras, et en portant l'épaule en arrière, on rétablissait les rapports normaux, et on déterminait une crépitation manifeste. *A droite*, la solution de continuité se rapprochait un peu plus de l'extrémité externe de l'os; le déplacement était aussi un peu moins prononcé; cependant on sentait parfaitement le bout du fragment interne, en dehors duquel une dépression bien sensible correspondait au fragment externe. Enfin, la crépitation et le rétablissement des rapports de l'os fracturé s'obtenaient, comme à gauche, avec la plus grande facilité.

Il n'existait aucune autre lésion, pas même une légère contusion des régions claviculaires ; c'est que, en effet, cette double fracture était le résultat d'une pression horizontale, de dehors en dedans, sur les deux acromions ; pression qui avait agi en exagérant la courbure normale des clavicules jusqu'au point de déterminer la rupture de ces os, suivant le mécanisme des fractures par *cause indirecte*.

J'appliquai un double appareil, composé de deux coussins axillaires cunéiformes, remplis de balle d'avoine ; d'une large sangle, munie de trois boucles et trois courroies, destinée à rapprocher les bras du corps, faisant office de bandage de corps, et enfin de deux écharpes pour soutenir les coudes et les avant-bras. Mais au bout de quelques jours, je fus obligé de renoncer à cet appareil. Le malade, naturellement un peu indocile, ne supportait que difficilement l'espèce de torture à laquelle il se trouvait soumis par la privation totale de l'usage de ses deux membres supérieurs. Je n'avais pu le décider à rester au lit, même pendant quelques jours, et ses efforts tendaient continuellement à dégager l'une ou l'autre main, quand quelque circonstance venait réveiller en lui le besoin d'en faire usage. Je dus donc prendre un autre parti. Je supprimai les coussins axillaires et la sangle, et j'appliquai du côté gauche (où le déplacement des fragments était le plus marqué) un appareil analogue à celui que décrit Flamant (*Journal complémentaire*), et que M. le docteur Simonin a reproduit en le simplifiant dans le cahier de juillet du *Bulletin de Thérapeutique*. La fracture du côté droit fut maintenue seulement à l'aide d'une simple écharpe disposée en cul-de-sac, à la partie postérieure du coude, de manière à porter celui-ci en haut et en dedans.

La consolidation se fit avec rapidité. Elle était parfaite le vingtième jour, car Fischer voulut retourner à son travail, le 15 septembre, aussitôt que je le débarrassai de son appareil. Les mouvements des bras étaient tout à fait libres; les clavicules ne présentaient aucune difformité sensible à l'œil; seulement la droite offrait au toucher un cal plus volumineux et moins régulier que la gauche, où la coaptation avait été plus parfaitement maintenue.

J'attribue ce succès plus complet à l'appareil préconisé par M. le docteur Simonin; aussi l'ai-je mis en usage pour une autre fracture de la clavicule, que j'ai actuellement en traitement.

CARRIERE,
Agrégé à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

SUR L'HEUREUX EMPLOI QUI A ÉTÉ FAIT DU VACCIN POUR LA GUÉRISON D'UNE TUMEUR ÉRECTILE.

J'ai présenté aujourd'hui, 20 décembre 1842, à l'Académie de médecine, le sujet de l'observation curieuse qui suit. Les détails que je vais vous fournir auront, je pense, quelque intérêt pour vos lecteurs.

Un enfant de treize mois, non encore vacciné, présentait une tumeur érectile de trois centimètres carrés environ de surface, ayant un centimètre à peu près d'épaisseur, au-dessus du sourcil gauche.

Cette tumeur faisait de rapides progrès; elle était rutilante, et recevait beaucoup de sang par les vaisseaux qui émergeaient de sa circonférence. La pression du doigt l'affaissait et la décolorait un peu; par contre, les cris et les efforts de l'enfant la tuméfiaient d'une manière notable.

Je fis pour la guérir, en présence de M. le docteur Bousquet et de plusieurs autres confrères, neuf piqûres vaccinales dispersées sur toute sa surface.

La vaccine suivit sa marche à peu près normale, l'éruption fut confluente; la tumeur, qui s'était d'abord beaucoup accrue en tout sens, revint bientôt à son volume primitif. Le vingt-cinquième jour la croûte des pustules se détache et l'on peut voir à nu le résultat et le bénéfice de la vaccination : plus des neuf dixièmes de la tumeur avaient disparu. Loin de faire saillie au-dessus de la peau, le tissu érectile était réduit à une couche mince et déprimée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Comptant peu sur les efforts de la nature et le travail de la suppuration pour détruire un tissu aussi vivace, je le saupoudrai de poudre d'alun, et tous les quatre ou cinq jours j'enlevais la croûte qui s'était formée pour y remettre une nouvelle quantité de sulfate d'alumine. Au bout de trois semaines, le tissu érectile était entièrement détruit; le fond de la plaie était recouvert de bourgeons charnus de bonne nature; je laissai la cicatrice se faire, et pour l'obtenir plus régulière, je la recouvris d'une plaque de plomb.

Sept semaines après la vaccination, la cicatrice était parfaite, sans saillie ni dépression, mais légèrement aréolée, comme cela s'observe à la suite d'une petite vérole bénigne : elle est encore un peu rouge; mais il n'existe plus de vestige du tissu érectile.

Pour réussir dans cette petite opération, il faut que les piqûres soient assez nombreuses pour que les pustules soient bien confluentes; et si, après la chute des croûtes vaccinales, du tissu érectile reste encore, il faut le détruire radicalement par un caustique tel que l'alun en poudre.

Il est presque inutile de dire que l'enfant ne doit pas avoir été vacciné

avant l'opération pour en tenter la réussite ; toutefois est-il qu'on doit toujours chercher, avant de vacciner un enfant, s'il ne porte pas de vestiges d'une tumeur érectile, pour ne pas le priver du bénéfice d'une opération aussi simple qu'exempte de danger, et si utile pour le traitement de ces affections. PIGEAUX, D. M. P.

ENCORE UN MOT SUR L'IODURE DE POTASSIUM DANS LES AFFECTIONS SQUIRRHEUSES DES GLANDES.

Monsieur et très-honoré confrère, après avoir reproduit, dans votre cahier de novembre dernier, page 379, le cas d'un squirrhe de la glande mammaire guéri par l'iodure de potassium, et l'avoir fait suivre de quelques remarques judicieuses, vous ajoutez les paroles suivantes :

« Enfin, que penser de la résolution du squirrhe lui-même avec les caractères on ne peut plus confirmatifs que lui assigne l'observation? C'est là sans doute une guérison inespérée, et si l'observateur n'a pas pris le change sur la nature véritable de la tumeur, il faudrait croire que l'iodure de potassium, à hautes doses, a des propriétés que nous ne soupçonnions pas. C'est à l'expérience de contrôler ce résultat insolite par de nouvelles recherches. »

L'efficacité de l'iodure de potassium dans le squirrhe des mamelles est moins douteuse que vous ne le pensez. J'ai rapporté, à la page 65 de mon *Précis analytique sur le cancer de l'estomac*, un fait de squirrhe du sein dans lequel cette préparation d'iode a également eu un plein succès. Quoique, dans ce cas, je ne l'aie pas administrée seule, ni à très-fortes doses, il n'en est pas moins vrai que la guérison doit lui être attribuée, et que les autres moyens n'étaient qu'accessoires.

Si cette lettre vous paraît mériter l'attention de vos lecteurs, je vous prie de lui accorder une place dans votre prochain numéro.

Agréez, etc. BARRAS, D. M. P.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la gastrite ; du régime alimentaire dans les maladies aiguës et chroniques des organes de la digestion, suivi d'un *Mémoire sur l'emploi du musc dans la pneumonie;* par A. PADIOLEAU, D. M. P., etc. *Ouvrage couronné.*

Nous ne savons pas si le Mémoire de M. le docteur Padioleau est une réponse bien précise à la question posée par la Société Médicale de

Tours; n'ayant point de prix à décerner, nous l'admettrons sans examen, avec cette Société. Mais ce qui n'est point douteux pour nous, c'est que l'auteur, dans le Mémoire relatif aux affections gastriques, comme dans celui qui le suit immédiatement, et qui poursuit les mêmes questions sous un autre point de vue, a abordé un des problèmes les plus importants et les plus difficiles de la pathologie et de la thérapeutique. Alors que la doctrine du Val-de-Grâce régnait presque sans opposition, la question soulevée ici était fort simple à résoudre; le plus léger trouble survenu dans l'estomac était interprété comme l'expression non douteuse de l'irritation de la muqueuse gastrique, irritation que la moindre déviation du régime et de la thérapeutique commandés par cet état morbide devait rapidement transformer en une phlegmasie plus ou moins grave, plus ou moins étendue. La pathologie n'est plus renfermée aujourd'hui dans ce cercle de Popilius, et M. Padioleau est trop au courant du mouvement de la science, pour ne l'avoir pas compris tout d'abord. Aussi, en esprit judicieux, également éloigné de l'hirudinisme de 1824 comme de la réaction exagérée qui a presque conduit à nier la réalité de la gastrite, le médecin de Nantes reconnaît, comme Broussais, que dans un certain nombre de cas c'est à l'état phlegmasique de l'estomac, non à la faiblesse, à l'atonie de cet organe, que doivent être rattachés les symptômes gastriques. Mais, cela posé, l'auteur prouve par l'autorité de faits en général fort intéressants et bien choisis, soit que ceux-ci lui appartiennent, soit qu'il les ait empruntés aux auteurs les plus recommandables, que toutes les affections gastriques sont loin de se résoudre dans la phlogose du principal organe de la digestion. En se laissant guider surtout par l'appréciation des diverses méthodes thérapeutiques par lesquelles on combat ces différentes affections, il croit devoir admettre les groupes suivants d'affections gastriques : les affections saburrale, rhumatismale, syphilitique, vermineuse; des affections gastriques dépendant d'une fièvre éruptive, d'une fièvre intermittente; des affections gastriques par affaissement ou par dépravation de l'influence nerveuse. Sans doute, il est quelques-unes des localisations morbides indiquées dans ce cadre nosologique partiel, qui se rencontrent assez rarement dans la pratique; telles sont, par exemple, les affections gastriques syphilitiques, le vice morbifique qui fait le fond de la syphilis ne montrant guère de tendance à se localiser dans les organes internes; sans doute encore, si l'on admet des affections gastriques liées spécialement aux fièvres intermittentes, on ne voit pas pourquoi on ne ferait pas un groupe d'affections gastriques spéciales avec les troubles sympathiques qui surgissent du côté de cet organe dans la pneumonie, l'érysipèle, etc. Mais, sauf ces distinctions, qui ne sont peut-être pas suffisamment justifiées, nous

devons reconnaître que M. Padioleau, en admettant ces groupes morbides, a vu et bien vu les faits. Nous l'avons dit, l'auteur s'appuye surtout sur les enseignements de la thérapeutique, pour poser ces distinctions pratiques : nous ne nierons point la légitimité de cette base, mais, tout en convenant des difficultés de la science diagnostique sur ce point, nous ne saurions cependant admettre qu'elle soit ici aussi impuissante que l'auteur le suppose, surtout si elle sait s'étayer des données d'une large étiologie. Mais nous ne pouvons poursuivre cette question, qui nous conduirait trop loin.

Si ce Mémoire se recommande à l'attention des praticiens autant par l'importance des questions qui y sont traitées que par la saine doctrine à la faveur de laquelle on s'est efforcé de les résoudre, ne nous suffira-t-il pas maintenant d'ajouter que les autres deux Mémoires qui le suivent, dont l'un est un extrait du Mémoire que nous avons couronné en 1839 au concours du *Bulletin de Thérapeutique*, montrent dans leur auteur un égal talent d'observation, pour attirer sur l'ouvrage de M. Padioleau l'attention des praticiens et l'approbation des amis de la bonne et vraie science ?

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bons effets de l'association du liniment oléo-calcaire au coton cardé, dans le traitement des brûlures de la jeune enfance. — Lorsque, le mois dernier (voyez p. 381 de ce volume), nous signalions à nos lecteurs les avantages qu'avait retirés M. Payan de l'association du liniment oléo-calcaire au coton cardé, dans le traitement des brûlures de la jeune enfance, nous ne pensions pas que nous aurions sitôt, auprès de nous, sous notre toit, sur un être qui nous est bien cher, la triste occasion de vérifier en tous points l'exactitude des assertions du chirurgien d'Aix, et de rendre hommage à l'excellence de la méthode : c'est pourtant ce qui nous est arrivé. Le 1er décembre dernier, à huit heures du matin, mon pauvre enfant, âgé de neuf mois et demi, a eu les deux avant-bras et les deux mains totalement brûlés par de l'eau bouillante. L'imprudence d'une bonne a été cause de ce malheur. Elle avait laissé au voisinage de l'enfant, allongé sur un tapis ventre contre sol, une cafetière qu'elle venait de retirer du feu ; l'enfant attire la cafetière et la renverse sur ses deux bras étendus en avant de lui. Il en est résulté une brûlure au second degré, avec enlèvement immédiat de l'épiderme dans tous les points, tant à la face interne qu'à la face externe des bras, depuis les coudes jusqu'à l'extrémité des doigts. Impossible de dire les

cris d'angoisse de l'enfant, la douleur du père, le désespoir de la mère, dont le lait s'est à l'instant tari. Du coton cardé enveloppe, peu après l'accident, les membres dénudés; dix minutes sont nécessaires pour se procurer le liniment oléo-calcaire; pendant tout ce temps l'enfant ne cesse de souffrir, de s'agiter et de crier, malgré l'apposition du coton. Assisté de mes excellents confrères et amis, MM. Delmas, Martin Solon et Amédée Forget, nous enlevons le coton, nous appliquons sur toutes les parties à vif, avec les barbes d'une plume, du liniment oléo-calcaire, puis nous replaçons le coton, et nous le maintenons au moyen d'une bande.

A peine ce pansement est-il fait que les douleurs cessent, les cris s'apaisent, et l'enfant ne tarde pas à s'endormir. La journée fut bonne; il y eut un peu d'abattement, de somnolence; mais peu d'agitation, peu de signes de souffrances. Il en fut de même le lendemain et les jours suivants. L'enfant n'a seulement pas eu de fièvre. On s'est borné à supprimer, les trois premiers jours, les deux soupes qu'il prenait, et à le tenir, pour toute nourriture, au lait de la mère, qui heureusement était revenu le lendemain de l'accident. Tout s'est admirablement passé. Le sixième jour, M. Velpeau s'assure que l'état des doigts est satisfaisant; on enlève la couche extérieure du coton imbibée d'une suppuration abondante et fétide, et on la remplace par d'autre. Ce n'est que le neuvième jour qu'on procède à fond à un nouveau pansement. Déjà plus du tiers des surfaces est complétement cicatrisé. On réapplique du liniment oléo-calcaire et du nouveau coton. Le onzième jour on peut rendre à l'enfant les deux mains; elles sont complétement cicatrisées. Enfin, le quatorzième jour la guérison était complète dans tous les points, excepté à la partie interne du bras droit et au poignet gauche. Ces petites plaies se sont promptement rétrécies, et aujourd'hui 19 décembre nous n'avons qu'un point au bras droit, grand comme une pièce de deux francs, qui serait déjà guéri s'il ne s'y était développé quelques végétations qu'il faut réprimer par la cautérisation.

L'on comprend la satisfaction que nous éprouvons à rapporter cette guérison, qui s'est effectuée presque entièrement sans souffrance, grâce au traitement que nous avons suivi et que nous ne saurions trop recommander. Certainement le liniment oléo-calcaire est ici d'un grand prix. Le coton cardé tout seul constitue un bon traitement des brûlures, il n'y a pas le moindre doute; mais chez les enfants, dont la susceptibilité est si grande, il ne calme pas assez vite les douleurs, comme l'avait observé M. Payan, et comme on le voit chez notre pauvre petit enfant. Appliquez le liniment oléo-calcaire, puis le coton par-dessus, et vous aurez, dans la réunion de ces deux bons moyens, le traitement par excel-

lence pour les brûlures au premier et au deuxième degré chez les jeunes enfants, et vous éviterez de plus les pansements fréquents. Un mot relativement au liniment : M. Payan dit de le préparer avec une partie d'huile d'amandes douces et huit parties d'eau de chaux. Il doit y avoir erreur. On a ainsi une trop faible proportion de vrai liniment épais nageant dans beaucoup d'eau de chaux. Pour que les substances se combinent parfaitement et produisent le magma de consistance de cérat, qui est le liniment oleocalcaire, il faut les proportions suivantes : huile d'amandes douces, une partie; eau de chaux, deux parties. Si l'on veut cependant qu'il y ait un peu d'eau de chaux libre en excès, on peut mettre trois parties d'eau de chaux sur une d'huile.

Un mot sur quelques accidents graves survenus après l'administration du sulfate de quinine à haute dose dans le rhumatisme. — Comme on pouvait s'y attendre, les médecins ont expérimenté à qui mieux mieux depuis la publication de notre article le sulfate de quinine à forte dose dans le rhumatisme. En effet, une méthode qui promet de guérir en six jours un rhumatisme articulaire aigu conditionné, qui, livré à lui-même ou traité par d'autres moyens, devait durer cinq ou six semaines, mérite une sérieuse attention, un examen sévère. Ce n'est pas nous qui faillirons, à cet égard, à nos devoirs. Nous avons été ému, nous l'avouerons, à l'annonce de deux cas de mort rapide après l'administration de 4 ou 5 grammes de sulfate de quinine. Notre article était entre les mains de nos confrères : nous avons craint un instant de voir survenir de semblables malheurs; mais en allant aux sources, en examinant sagement, et sans aucune sorte de prévention, les faits, nous avons été un peu rassuré. Nous devons la vérité tout entière; la voici : il est vrai qu'à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Récamier, qu'à l'hôpital Cochin, dans les salles mêmes de M. Briquet, deux individus ont succombé en six et huit heures à la suite du traitement. Dans quelles conditions se trouvaient-ils, quelle a été la nature des accidents? le voici.

Le malade de M. Récamier était un jeune homme de vingt à vingt-cinq ans, qui venait d'avoir, dans les salles, la variole, dont il était à peine convalescent, lorsqu'il fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu, de moyenne intensité. On lui donna, le premier jour, 2 grammes de sulfate de quinine en poudre, qui n'eurent aucun mauvais effet; le rhumatisme s'aggravant, on porta, le lendemain, le médicament à la très-forte dose de 5 grammes. Immédiatement après les avoir pris, le malade tomba dans un délire frénétique, au milieu duquel il mourut au bout de six heures. — En pesant les circonstances de ce fait, ne trouvera-t-on pas qu'il ne peut y avoir parité entre un homme bien portant qui est

pris tout à coup d'un rhumatisme articulaire, et auquel on administre le sulfate de quinine, et un sujet qui vient d'avoir une maladie grave qui a duré vingt ou vingt-cinq jours, qui a été à la diète, qui a été épuisé? Ne trouvera-t-on pas qu'une médication aussi énergique n'était pas de mise dans de telles circonstances, et que, dans tous les cas, au lieu d'être portée à ses dernières limites, elle aurait dû être adoucie, mitigée?

Le malade qui a succombé chez M. Briquet ne présentait pas non plus, il s'en faut, un rhumatisme simple, et, nous le devons dire nettement, il y a eu erreur de diagnostic, l'autopsie l'a montré. C'était un homme de plus de cinquante ans, affaibli, cassé. Il se plaignait d'une douleur à la région lombaire qui existait depuis plusieurs mois; il avait de plus une difficulté très-grande à mouvoir la cuisse droite, et une douleur assez forte à l'articulation coxo-fémorale au moindre mouvement. Ce cas fut considéré comme un rhumatisme chronique. On administra, le premier jour, 2 grammes 50 centigrammes de sulfate de quinine; le lendemain et le surlendemain, on le donna à la dose de 4 grammes. Le quatrième jour, le malade fut pris d'une diarrhée abondante, avec fortes coliques; rien ne put arrêter les accidents, qui s'aggravèrent et présentèrent les caractères pour ainsi dire cholériques, et ce sujet succomba dans la journée. A l'autopsie, on trouva tout le gros intestin d'une teinte rose uniforme, et comme hortensia. Mais les désordres les plus graves étaient la carie des apophyses des vertèbres lombaires; la carie d'une portion de l'os des iles; un abcès sous le muscle fessier qui s'étendait jusqu'au voisinage de l'articulation coxo-fémorale, dont une partie des cartilages étaient détruits. — Ainsi, comme on le voit encore, ce cas n'était pas, il s'en faut, simple. Le sulfate de quinine a été administré à un homme âgé, appauvri, et miné profondément par un abcès et par la carie des os et des cartilages. Le médicament n'était pas indiqué, il devait être nuisible, il l'a été.

Nous avons dû rapporter ces observations, et leur donner l'interprétation que nous croyons la plus raisonnable, parce qu'il ne doit y avoir d'exagération d'aucun côté en thérapeutique, et qu'il ne nous paraîtrait pas logique de s'arrêter dans l'expérimentation de cette méthode par la frayeur que l'annonce de tels faits, non judicieusement vus, pourrait causer. Est-ce à dire maintenant que nous voulions prendre en main, envers et contre tous, la défense du sulfate de quinine? Dieu nous en garde! Ce n'est pas là notre rôle. Quand, par son caractère, sa position, ses talents, un médecin nous inspire la confiance, nous donnons place au résultat des observations qu'il recueille dans son hôpital; c'est ce que nous avons fait à l'égard de M. Briquet, après avoir toutefois visité ses malades, et vérifié par nous-même les succès incontestables qu'il a obtenus.

Mais nous sommes les premiers à recommander toujours à nos confrères la plus grande sagesse, la plus extrême attention dans l'emploi des moyens héroïques. Nous leur renouvelons cette exhortation pour le sulfate de quinine à haute dose dans le rhumatisme.

Du reste, cette médication a été employée nombre de fois depuis le mois dernier par divers médecins, à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital Saint-Louis, à la Charité. A l'hôpital Cochin, M. Briquet a eu à traiter une douzaine de nouveaux sujets; M. Blache, dans les salles voisines des siennes, du 17 au 30 novembre, a eu neuf rhumatisants qu'il y a soumis; M. Andral, à la Charité, a employé la méthode chez dix-huit malades.

Chez la plupart des sujets il y a eu les phénomènes que nous avons mentionnés du côté de la tête : dureté d'oreille, surdité, action sur la rétine, diminution de la vue, et même sorte d'amaurose passagère chez quelques malades, notamment chez une ou deux des salles de M. Andral. Dans ce dernier service, un malade a présenté, après l'administration du remède, des symptômes de gastrite assez énergiques pour nécessiter des émissions sanguines, des cataplasmes, etc. M. Andral n'a point jugé le fait grave, puisqu'il a continué, chez les autres malades atteints de rhumatisme, le sulfate de quinine. Sur les dix-huit sujets auxquels il l'a administré, il a obtenu dans six un résultat complétement satisfaisant, puisqu'en six ou sept jours il a guéri la maladie. Dans les autres cas le succès n'a pas été aussi rapide. Une femme de ses salles a été complétement réfractaire au remède.

Au demeurant, nous croyons que cette médication, qui jusqu'ici n'a été guère employée que dans les hôpitaux, mérite un sérieux et consciencieux examen. Elle doit être employée avec attention et prudence, et soigneusement surveillée. Bien que le sulfate de quinine puisse être administré sans danger aux doses de deux, trois, quatre grammes, comme l'établissent les expériences anciennes de MM. Bailly, Piorry, Sandras, etc., et les nombreux faits qui se recueillent en ce moment depuis deux mois dans les hôpitaux de Paris, nous croyons qu'il est bon de ne jamais débuter par trois ou quatre grammes; il est préférable de n'y arriver qu'en deux ou trois jours, en s'arrêtant à temps devant les phénomènes jugés trop intenses. Du reste, M. Briquet cherche à diminuer ses doses. Il commence par deux grammes, et ne dépasse plus quatre grammes dans les rhumatismes aigus; il se borne à un ou deux grammes dans les rhumatismes chroniques et chez les femmes. Nous tiendrons consciencieusement nos lecteurs au courant de ce qui surviendra.

De l'emploi comparatif de l'iodure de fer, du sel marin et de l'acide hydrochlorique, dans le traitement du diabétès. — S'il est

une maladie inexplicable dans sa nature, c'est assurément le diabétès. On a fait des théories, et l'on a dirigé le traitement d'après les idées qui en découlaient ; l'on a eu quelques succès isolés, et l'on a cru être dans la route de la vérité ; mais bientôt des résultats négatifs plus nombreux sont venus détruire les espérances. On ne sait pas ce que c'est que le diabétès ; on n'a pas de traitement satisfaisant pour le combattre ; voilà ce qui est certain : aussi expérimente-t-on et expérimentera-t-on encore. Il appartenait à un médecin qui, depuis quelques années, applique son esprit judicieux et investigateur à l'étude des altérations des urines et des organes qui les sécrètent, au praticien auquel nous devons l'excellent *Traité de l'albuminurie*, de s'emparer de cette question délicate et ardue, afin d'y jeter, s'il se peut, quelque lumière. C'est de ce soin dont s'occupe M. Martin Solon. Depuis quelques mois il rassemble dans ses salles, à l'hôpital Beaujon, les cas de diabétiques qu'il peut rencontrer ; il étudie avec attention tous les jours, le polarimètre de Biot à la main, l'influence de chaque agent alimentaire ou médicamenteux sur la production d'une plus ou moins grande proportion de sucre dans le fluide urinaire. Espérons qu'il sortira quelque donnée pratique de ces recherches.—Jusqu'ici les expérences ont porté sur trois malades; on a étudié chez eux, comparativement, l'action de l'iodure de fer, du chlorure de sodium ou sel marin, enfin de l'acide hydrochlorique. Disons un mot sur les résultats.

M. Martin Solon a trouvé que le chlorure de sodium qu'il a administré aux trois malades a paru modifier un peu le diabétès et diminué la proportion du sucre ; à ses yeux cependant ce moyen n'est qu'un palliatif, utile cependant à l'entretien de la nutrition des sujets. Donné en même temps que le pain, le sel contrebalance l'influence pernicieuse de cet aliment, qui, comme on le sait, donne lieu à la formation de beaucoup de sucre, et par suite à l'émaciation plus grande des sujets.

Deux seuls diabétiques sont dans ce moment couchés dans ses salles. L'un est soumis à l'iodure de fer, l'autre à l'acide hydrochlorique. Le premier est un homme de 30 ans, couché au nº 46 de la salle Beaujon ; il était fort amaigri lorsqu'il est entré à l'hôpital. On l'a mis à l'usage du sous-carbonate de fer, et on lui a permis de continuer de manger du pain. L'état du malade ne s'est pas sensiblement amélioré, et les urines ont continué de présenter une quantité de sucre proportionnelle avec celle du pain qu'il prenait. Depuis trois semaines on a commencé l'administration de l'iodure de fer, déjà employé par M. Combette, comme on l'a vu dans notre dernier numéro. Le malade en prend actuellement un gramme par jour, et ne mange d'autres féculents que trois échaudés. On le nourrit de viande, de poisson, d'œufs et de bouillon.

Les urines dévient encore à droite au polarimètre, mais moins qu'à l'époque de l'entrée du malade. Qu'arrivera-t-il lorsqu'on reprendra l'usage du pain? la disposition *saccharifiante* de l'économie sera-t-elle dissipée? Nous en instruirons nos lecteurs. Quant à présent, le malade reprend des forces et se trouve mieux. Son traitement devra être continué quelque temps et avec surveillance, car on s'est aperçu, en examinant les urines par l'amidon et l'acide nitrique, que le malade n'est point exact à prendre son iodure.

L'autre malade, ancien cordonnier et grand amateur des boissons alcooliques, est couché dans la salle Laennec, au n° 22. Sa maladie, un peu moins grave, un peu moins ancienne, est combattue par la limonade chlorhydrique à la dose de quatre grammes par litre.

Voici la formule de M. Martin Solon :

Acide chlorhydrique.	4 grammes.
Eau commune	1 litre.
Vin de Bordeaux.	10 centilitres.
Mêlez.	

Un ou deux litres de cette tisane par jour, selon le besoin du malade. On lui laisse manger 200 grammes de pain, et on lui donne, comme au précédent, des viandes, du poisson et des œufs. Ses urines, examinées au polarimètre, ne donnent point une quantité de sucre en proportion avec le pain qu'il mange; son embonpoint et ses forces reviennent. On doit en conclure que la disposition diabétique diminue, et que bientôt on pourra augmenter la quantité de pain que mange ce malade.

Sur deux cas de fistule lacrymale guéris sans opération. — C'est un fait parfaitement reconnu que l'inflammation chronique de la muqueuse qui tapisse le sac lacrymal et le canal nasal peut amener une tumeur lacrymale et une fistule. Lors donc que ces affections existent, avant de procéder à une opération douloureuse et chanceuse pour le résultat, n'est-il pas du devoir du praticien de tenter les moyens simples qui, dans des circonstances assez nombreuses, peuvent ouvrir le cours des larmes et éviter toute manœuvre instrumentale? Voici deux faits recueillis à la clinique de la Pitié, qui prouvent que l'on peut obtenir le résultat le plus complet en faisant disparaître l'inflammation qui entretenait la maladie.

Au n° 30 de la salle Saint-Augustin est une femme âgée de trente-deux ans, qui depuis deux ans portait à droite une fistule lacrymale. Il y avait au grand angle de l'œil un état inflammatoire très-prononcé. Peu de jours auparavant, un abcès venait de s'ouvrir. Avant de procéder à

l'opération, M. Lisfranc voulut tenter les antiphlogistiques et les émollients. Quinze sangsues sont appliquées sur l'apophyse mastoïde du côté malade; on ordonne des collyres et des cataplasmes émollients, et des fumigations émollientes dirigées à l'aide d'un entonnoir dans la narine du côté malade. La femme est mise à un régime très-doux; on la purge chaque quatre ou cinq jours. Au bout de dix jours, l'inflammation aiguë est terminée. Alors on applique un vésicatoire derrière l'oreille, et l'on commence l'usage d'un collyre astringent composé avec 120 grammes d'eau de roses et de plantain, et 20 centigrammes de sulfate de zinc. Continuation des purgatifs et des fumigations faites d'abord avec de l'eau de sureau, puis avec la vapeur de la décoction de lavande et de thym. Bientôt la fosse nasale droite, qui était sèche, devient humide; la fistule se rétrécit. On ajoute aux fumigations d'abord une cuillerée, puis deux, puis trois d'alcool. En vingt jours, la guérison de la fistule était complète, l'œil parfaitement sain; point de rougeur, point de larmoiement, point de liquide dans le grand angle de l'œil quand on comprime. Pendant un mois que la malade est restée encore dans les salles, sa guérison s'est maintenue. — L'autre malade est un homme de trente-cinq ans, couché au n° 40 de la salle Saint-Louis. Depuis un an, il portait une fistule lacrymale avec des callosités au grand angle de l'œil, du larmoiement et une inflammation chronique de l'œil. On a employé chez lui le même traitement : en vingt-cinq jours, il était complétement guéri. La cure s'est montrée solide pendant un mois que ce sujet est resté encore à l'hôpital.

Influence des émotions morales de la mère sur le fœtus. — Nous avons vu, mardi dernier, dans les bureaux de l'Académie de médecine, un enfant qui semblerait être une preuve de plus de l'influence de l'imagination de la mère sur le fœtus. Une femme enceinte de deux mois, mariée à un employé du chemin de fer de la rive gauche, apprend dans la soirée du 8 mai la catastrophe. Elle court, elle vole à l'embarcadère, où elle ne peut rien apprendre sur le sort de son mari. En cet instant arrive un convoi portant les restes carbonisés des victimes, et l'on juge de l'émotion que dut faire éprouver la vue de cet horrible spectacle à une femme qui croit que son mari a partagé le même sort. Cependant il n'en était rien, il revint sain et sauf. Sept mois après, cette femme met au monde un enfant à terme et vivant, dont tout le corps, à l'exception du visage, comme nous l'avons vu, porte des taches plus ou moins larges, dont la couleur et l'aspect rappellent la couleur et l'aspect de la peau des victimes carbonisées.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS PULMONAIRE (*Cas remarquable de guérison d'un*) *à la suite de l'ouverture spontanée par une piqûre de sangsue.* Le sujet de cette singulière observation rapportée par M. Barach, est une jeune Russe de quatorze ans, qui s'était mariée à treize ans sans être menstruée. La maladie dont il est question commença en juin 1841 ; toux, douleurs lancinantes entre la quatrième et la sixième côtes, etc.; ces symptômes allèrent en augmentant malgré un traitement approprié; des sangsues furent appliquées sur la poitrine. La malade s'était rendue sur un mauvais chariot, chez un médecin des environs; à son retour elle eut une violente dyspnée et elle rendit à la suite d'un fort accès de toux une quantité considérable de pus fétide. La malade eut de la fièvre, beaucoup de toux, et se plaignit d'ardeur, de tension et de pulsations à la poitrine, à l'endroit où les sangsues avaient été appliquées; une des piqûres s'était changée en pustule; pendant qu'on cherchait à l'ouvrir, il en jaillit près de deux onces de pus. L'écoulement continua par saccades, pendant les inspirations et les accès de toux. La plaie avait 2 cent. de largeur sur trois de profondeur. L'écoulement ne commença à diminuer que le troisième jour. Il redevint plus fort pendant la durée du voyage de la malade jusqu'à son arrivée à Lemberg, où la plaie ne tarda pas à se fermer. Cette malade guérit parfaitement, malgré l'état d'amaigrissement dans lequel elle était tombée. L'auteur ajoute que lorsque l'écoulement du pus diminua, on entendait l'air inspiré sortir par la plaie avec le bruit d'un soufflet : cet air était chaud. — C'est toujours avec une certaine méfiance que nous rappelons les faits extraordinaires qui nous viennent de l'étranger. Les détails circonstanciés que nous avons trouvés dans cette observation nous a porté à y ajouter foi et à l'analyser. (*Journal de Schmidt*, n° 307.)

ASPHYXIE *causée par l'introduction d'un petit poisson dans la trachée-artère.* M. le docteur Remy, fils, de Mareuil-le-Port, est mandé à toute hâte pour donner ses soins à un jeune homme de vingt-trois ans, qui venait, à la suite d'un pari, d'avaler un petit poisson; or, ce poisson, au lieu de descendre dans l'estomac, était resté à la gorge et l'étouffait. A son arrivée auprès du malade, une heure après l'accident, il le trouva couché sur le dos, la tête relevée et en proie à tous les symptômes de l'asphyxie commençante. Une sonde œsophagienne qu'il fit passer par l'une des narines (les mâchoires étaient violemment contractées), et qu'il poussa jusqu'à l'orifice cardiaque de l'estomac, le convainquit bientôt que le corps étranger n'était pas dans l'œsophage; il était dans la partie inférieure de la trachée-artère, comme le lui prouvèrent bientôt la percussion, l'auscultation et les symptômes qui s'étaient traduits au dehors. La mort était imminente; une seule ressource restait, c'était l'opération de la trachéotomie; M. Remy la proposa de suite, mais il rencontra une opposition terrible de la part de la famille, des personnes qui entouraient le moribond, et, chose bien singulière, de la part d'un confrère, appelé par lui pour l'aider de ses conseils. M. Remy épuisa tous les moyens de persuasion en son pouvoir; il fit valoir toutes les raisons les plus plausibles, il ne put rien obtenir. L'asphyxie était complète une heure après son arrivée. Autant pour prouver ce qu'il avait avancé pendant la vie que pour montrer à tous que l'opération, non-seulement était possible, mais pouvait encore sauver l'imprudent, M. Remy la pratiqua sur le cadavre. A peine la trachée fut-elle ouverte, que le doigt, introduit dans l'ouverture, sentit la queue du poisson au-dessous de la plaie. Il procéda à son extraction; ce dernier temps de l'opération offrit quelques difficultés. C'était un petit poisson appelé périssette, long de sept centimètres et large de deux.

La conduite de M. Remy dans cette circonstance, ne peut qu'être approuvée par tous les praticiens. Il est déplorable qu'on n'ait pas suivi ses conseils, seule chance de salut qui restait évidemment au malade. (*Journ.*

des conn. méd. chirurg., novembre 1842).

BAINS ALCALINS (*De l'emploi des*) *locaux contre certains états atoniques des tissus.* Tous les praticiens ont eu certainement l'occasion de remarquer, dit M. Payan, qu'après les inflammations phlegmoneuses des doigts ou des diverses parties de la main, des avant-bras, des pieds, etc., alors même que l'acuité des symptômes a été suffisamment combattue, l'engorgement des tissus met longtemps à se dissiper, que les chairs des plaies qui y persistent encore restent longtemps parfois blafardes, languissantes; en un mot que la vitalité est peu active dans ces parties que l'inflammation a si péniblement travaillées. Si, dans ces circonstances, ne faisant attention qu'à l'engorgement des tissus, on continue l'usage des topiques émollients, des bains de même nature, l'engorgement ne se dissipe point, et, par sa persistance, il finit par lasser la patience des médecins et des malades. Or, M. Payan n'a rien trouvé de plus avantageux dans ces cas que l'usage des bains locaux alcalins préparés avec une lessive légère de cendres de sarments. Un résumé succinct des cas dans lesquels M. Payan a fait emploi de ce moyen indiquera aux praticiens le parti qu'ils peuvent en tirer.

Phlegmon très-volumineux envahissant toute la main gauche; malgré tous les moyens appropriés, suppuration qu'il faut évacuer par diverses incisions; larges cataplasmes autour; bains locaux émollients pendant vingt jours, au bout desquels, quoique toute douleur eût disparu, la main restait toujours tuméfiée, les plaies, dont les bords étaient blafards, ne se cicatrisaient pas. Emploi des manuluves alcalins. Dès le lendemain, peau moins atonique, plus ferme, bon aspect et avivation des plaies. Continuation du même moyen pendant dix jours, au bout desquels la main avait repris ses dimensions naturelles et la cicatrisation fut obtenue.

Panaris grave négligé; engorgement inflammatoire consécutif fort étendu de tout le doigt, incisions, nécrose de la troisième phalange. Application continuelle de cataplasmes, cessation de la douleur, mais persistance de l'engorgement, mauvais aspect et non cicatrisation des plaies. Bains alcalins locaux qui en quelques jours produisent une complète cicatrisation du doigt.

Erysipèle phlegmoneux ayant envahi tout l'avant-bras et le haut de la main, décollement très-étendu de la peau, plusieurs incisions avec le bistouri. Cataplasmes, bains locaux émollients, d'abord très-utiles, mais vers la fin état stationnaire, cicatrisation arrêtée. Alors emploi de bains locaux, progressivement de plus en plus alcalins. Amélioration très-sensible dès le début, augmentant tous les jours. Douze jours après, il ne restait à ce membre, naguère si malade, qu'un peu de raideur vers le poignet. (*Revue médicale*, octobre 1842.)

BRONCHITE CAPILLAIRE (*Epidémie de*) *observée à l'Hôtel-Dieu de Nantes* en 1840-41. L'influence catarrhale qui se fit sentir en France depuis l'année 1837 jusqu'à l'année 1841, n'a présenté nulle part, que nous sachions, les mêmes particularités, la même complication de phénomènes, la même gravité que dans l'épidémie de l'Hôtel-Dieu de Nantes, dont MM. Mahot, Bonamy, Marcé et Malherbe viennent de publier la relation. Une première circonstance remarquable, c'est que la maladie atteignit presque exclusivement les militaires de la garnison de Nantes; ce furent surtout les jeunes recrues qui en subirent l'influence. Les marches forcées pendant un temps rigoureux, les privations pénibles, les conditions anti-hygiéniques des casernes habitées par ces militaires, paraissent aux auteurs avoir joué un grand rôle sur le développement de la maladie. Elle s'est présentée sous deux formes bien distinctes, bronchite capillaire simple, bronchite capillaire suffocante. Voici les traits principaux du tableau offert par ces deux formes. Dans son état de simplicité, un jeune soldat vigoureux, bien constitué, après avoir été exposé au froid et à l'humidité, quelquefois sans cause connue, contractait une bronchite. Au début, quelques accès de fièvre rémittente avec toux et céphalalgie. Après quelques alternatives de mieux et de rechutes, la bronchite s'aggravait, la toux devenait plus fréquente, la fièvre plus intense, et le malade était forcé d'entrer à l'hôpital. Alors, symptômes suivants : face rouge, injectée, céphalalgie augmentant par les secousses de la toux, voix légèrement enrouée, toux fréquente, re-

venant souvent par quintes prolongées, et s'accompagnant de douleurs épigastriques et sous-sternales, en un mot, tous les symptômes locaux et généraux, si souvent décrits, de la grippe. Sous cette forme, la maladie ne présenta aucune gravité. Il n'en fut pas de même sous la seconde forme, qui au début ne présentait rien dans ses symptômes qui la distinguât des bronchites épidémiques simples, mais qui, après quelques jours, donnait lieu aux phénomènes de dyspnée et de suffocation dont voici le tableau : peau pâle et cyanosée, froide et souvent recouverte d'une sueur visqueuse; yeux saillants, conjonctives injectées, facies exprimant l'inquiétude et l'angoisse produite par la gêne extrême de la respiration et de la circulation; mouvements respiratoires larges, très-accélérés, analogues à ceux des asthmatiques; sensations d'une compression exercée sur la poitrine; toux très-fréquente, quelquefois presque incessante, grasse, humide, souvent peu douloureuse, expectoration abondante de crachats opaques, mucoso-purulents; sonorité, la plupart du temps parfaite et même exagérée dans toute la poitrine; bruit respiratoire obscur, masqué par des râles sous-crépitants et muqueux entendus dans toutes les parties du thorax; bruit expiratoire fréquemment rude, prolongé et renflé; battements du cœur petits, tumultueux, accélérés, sans bruit anormal appréciable; pouls très-accéléré, très-dépressible; céphalalgie souvent atroce, facultés intellectuelles intactes, langue humide, violarée, couverte de mucosités blanchâtres; abdomen indolent, constipation. Bientôt tous ces symptômes acquéraient une gravité plus grande; l'asphyxie faisait insensiblement des progrès, et le malade se voyait mourir en conservant la connaissance jusqu'au dernier moment. La mort arrivait de deux manières : ou bien la suffocation était lente, graduelle, et le malade s'éteignait peu à peu, ou bien il périssait brusquement à la suite d'un mouvement dans son lit, sans qu'on eût le temps d'aller chercher l'élève de garde.

Les lésions cadavériques les plus importantes furent observées dans l'arbre bronchique et les poumons. Le larynx, la trachée-artère et les bronches étaient remplis par un liquide blanchâtre ou jaunâtre muco-purulent. On le retrouvait dans les plus petits canaux bronchiques, dont il obstruait entièrement le calibre, comme s'il y eût été poussé par une injection. Les altérations du poumon furent l'emphysème et l'engorgement, tantôt sous forme de pneumonie lobulaire, tantôt sous celle d'hépatisation lobulaire plus ou moins étendue. Un des faits les plus curieux parmi tous ceux que présenta l'épidémie de bronchite capillaire, fut la présence constante de caillots fibrineux dans les cavités du cœur.

Notons que cette épidémie présenta des complications très-variées. Les plus nombreuses furent les fièvres éruptives, puis la pneumonie, la pleurésie, la diphthérite, les oreillons et l'orchite.

Le traitement qui fut opposé à cette épidémie fut complexe et varié. Dans les cas légers, le repos au lit, la chaleur, des boissons émollientes suffisaient pour annuler et dissiper les symptômes. En présence de la bronchite suffocante, les secours de l'art furent généralement impuissants malgré l'emploi des émissions sanguines, des révulsifs cutanés, des vomitifs, des contro-stimulants, des antispasmodiques et des excitants diffusibles.

En résumé, l'épidémie de Nantes, dans sa forme simple, ne nous paraît différer en rien des épidémies catarrhales observées à Paris en 1837 et 1840. Sous cette forme, il nous est impossible de ne voir dans cette maladie, qui pour une altération locale, minime, donne lieu à des symptômes généraux hors de toute proportion avec cette altération, il nous est impossible, disons-nous, de ne voir là qu'une simple bronchite. Les lassitudes, l'abattement et la prostration des forces, la courbature générale, la céphalalgie, les douleurs sous-sternales sont des caractères propres à la bronchite épidémique, qui dénotent une influence générale et qui réclament aussi un tout autre traitement que celui de la bronchite simple. Cette opinion est aujourd'hui celle de la généralité des praticiens qui ont observé les épidémies de Paris.

Quant à la forme grave décrite par les médecins de Nantes, et à laquelle ils ont donné le nom de bronchite capillaire suffocante, il nous semble que quelques exemples en avaient été observés à Paris dans l'épidémie de 1837, et notamment

par M. Nonat. Plus récemment, M. Foucart, dans sa dissertation inaugurale, a publié plusieurs observations fort analogues à celles de Nantes; néanmoins, il n'existait pas dans la science de relation d'épidémie de cette affection ayant atteint un aussi grand nombre d'individus et d'une manière aussi fatale. Ainsi, sans croire que l'épidémie de Nantes soit une maladie nouvelle, on peut cependant lui assignor les caractères suivants, qui n'avaient jamais été aussi bien décrits que dans cette relation : 1° Existence préalable d'un catarrhe aigu; 2° expectoration de crachats épais, jaunâtres; 3° accélération extrême du pouls; 4° mort survenant tout à coup, à la suite d'un mouvement; 5° mollesse de la substance pulmonaire et matière catarrhale contenue en abondance dans les bronches. (*Relation d'une épidémie de bronchite capillaire*, broch. in-8°, Nantes, 1842.)

CRÉTINISME (*Recherches sur les causes du*). Les remarques publiées sur ce sujet par M. le docteur Rœsch sont le résultat de ses recherches faites par ordre du gouvernement dans le royaume de Wurtemberg, à l'occasion desquelles il a examiné plus de trois mille crétins dans les différentes localités où la maladie est endémique. De ces recherches, l'auteur croit devoir déduire les résultats étiologiques qui suivent :

1° Le crétinisme se rencontre partout à l'état *sporadique*, mais il n'est endémique que parmi les populations de certaines localités.

2° Il est héréditaire, mais de telle sorte que l'hérédité ne se fait sentir d'abord que sur quelques membres de la famille; puis la dégénérescence l'atteint tout entière, jusqu'à ce qu'elle soit éteinte. Dans cette transmission, l'influence du crétinisme du père est plus évidente que celle de la mère. Quelquefois le crétinisme épargne une génération pour apparaître de nouveau dans une génération suivante. Les enfants procréés pendant la jeunesse des parents sont mieux organisés que ceux mis au monde plus tard. Cette hérédité fait que, dans les petites localités où les habitants se marient entre eux, cette dégénérescence s'introduit peu à peu dans toutes les familles, et imprime à toute la population un cachet particulier.

3° Le crétinisme exige, pour son développement, la prédisposition (hérédité, certaines influences qui ont agi sur les parents) des causes occasionnelles, agissant sur l'individu pendant la période de développement physique et intellectuel de l'organisme.

4° Parmi les influences fâcheuses agissant sur les parents, il faut noter surtout la misère, une alimentation défectueuse, une habitation insalubre, le travail excessif, la débauche. La conception pendant l'ivresse n'est pas pour M. Rœsch d'une grande valeur.

5° L'abandon dans lequel on laisse les enfants depuis leur naissance est souvent la cause principale du développement du crétinisme chez les enfants prédisposés.

6° Toutes ces circonstances n'expliquent pas le crétinisme endémique, dont les causes résident dans un concours de conditions atmosphériques et géologiques propres à certaines localités. L'altération de l'eau par le plâtre ou la chaux, l'eau de neige fondue, ne paraissent pas à l'auteur avoir une influence évidente, car il a rencontré le crétinisme dans des localités où les populations s'abreuvaient d'une eau parfaitement pure. Mais l'humidité de l'air lui paraît jouer un grand rôle. On ne voit jamais le crétinisme être endémique dans des plaines ou sur des plateaux élevés, tandis qu'il se rencontre dans les vallées et les basfonds riches en eau. Il n'existe pas dans les pays froids et peu sujets aux variations subites de la température. Les localités où il règne endémiquement ont cela de commun qu'elles sont humides, brumeuses, exposées à des variations subites de température, souvent très-chaudes au milieu de la journée, et fraîches ou même froides le matin et le soir.

Le goître est l'accompagnement constant du crétinisme, il doit en être considéré comme l'indice. Il se développe dans les mêmes conditions. Le crétinisme et la fièvre intermittente ne l'excluent pas. M. Rœsch les a observés simultanément et sur les mêmes individus.

Les moyens d'arrêter le crétinisme seraient d'abord des mesures d'hygiène publique qui empêchassent la maladie de se produire, ensuite la soustraction des individus qui en ont la prédisposition aux influences délétères qui les entourent.

Nous ne pouvons nous empêcher

de remarquer la parfaite conformité des vues de M. Rœsch avec celles d'un médecin français, M. Marchand, qui, dans une thèse inaugurale remarquable (1842), a étudié très-soigneusement les causes qui produisent les crétins et les cagots dans les Pyrénées. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, novembre 1842.)

DIAGNOSTIC CHIRURGICAL (*Des erreurs en chirurgie et des difficultés du*). Nous avons eu, cette année, une avalanche de discours de rentrée. MM. Trousseau, Chomel, Bérard, Roux, Malgaigne, ont cru devoir inaugurer l'année scolaire par des allocutions plus ou moins *préméditées* et aussi plus ou moins intéressantes. La plus intéressante, à notre avis, celle dont on peut retirer profit, instruction et surtout prudence, c'est celle de M. Roux, qui, avec cette bonne foi naïve et cette probité scientifique qui le caractérisent, est venu raconter aux élèves quelques-unes de ses erreurs, quelques-uns de ses malheurs de praticien, pour les tenir en garde contre des accidents semblables. Arrivé à la haute position que s'est acquise M. Roux, sans doute la divulgation de tels accidents ne peut diminuer en rien l'estime et la confiance qu'il inspire à d'aussi justes titres; cependant on ne doit pas moins lui tenir compte de toute abnégation d'amour-propre et de vanité devant les intérêts sacrés de la vérité et de la science. Nous allons citer ses propres paroles :

« J'étais, très-jeune encore, chirurgien à l'hôpital Beaujon; j'avais affaire à une malade portant dans l'aisselle une tumeur très-volumineuse. En la palpant, on avait la sensation d'une dureté et d'une résistance considérables, qui pouvaient faire croire qu'elle était solide, et je pensai qu'il en était ainsi. Quelques chirurgiens l'avaient examinée avec moi et en avaient jugé de même. On croyait à la nécessité d'en faire l'extirpation, mais on reculait devant les difficultés de l'exécution. Désireux alors d'affronter les obstacles, je me décidai à opérer. L'opération fut très-longue et très-laborieuse; je dus ménager beaucoup de parties très-délicates, vaisseaux et nerfs de gros calibre; j'évitai tous ces écueils, et j'arrivai à accomplir mon opération. La malade succomba dans la journée. En examinant la tumeur, quel ne fut pas notre étonnement, de la voir constituée par des parois peu épaisses et remplies de liquide! C'était une espèce de tumeur enkystée qui, si l'on en eût bien déterminé d'avance la nature, aurait pu être opérée par une simple incision, et l'on eût ainsi prévenu les conséquences funestes d'une grave et difficile opération.

« J'ai taillé des sujets qui n'avaient pas la pierre : le premier de ces sujets vit encore; c'est un médecin très-distingué; il était alors étudiant en médecine : depuis quelque temps il souffrait beaucoup en urinant, et il avait éprouvé des rétentions brusques d'urine. Je le sondai une première fois, et je ne sentis pas de pierre; je le sondai de nouveau à plusieurs reprises, en tout quinze ou vingt fois, et il me sembla plusieurs fois sentir une pierre, mais cette sensation ne fut jamais parfaitement distincte. Le malade, persuadé qu'il avait un calcul, était très-décidé à subir l'opération. Je crus toutefois devoir y surseoir, parce que mon diagnostic ne me satisfaisait pas encore pleinement, et je craignais que l'opération ne fût un peu hasardée. Enfin, sollicité par les parents du malade et par le malade lui-même, qui me prièrent instamment d'opérer, du moment que je croyais avoir la conviction de l'existence d'une pierre, ajoutant que si, par hasard, je m'étais trompé, ils me déchargeraient de toute responsabilité et tairaient l'événement, j'eus la faiblesse de céder. Je taillai, je trouvai avec surprise une vessie d'une capacité énorme, et je cherchai en vain la pierre. Mais je crus devoir, pour l'instant, cacher au malade et à ses parents ma méprise, et les laisser dans la persuasion où ils étaient que j'avais extrait un calcul. Heureusement l'opération n'eut aucune suite fâcheuse; loin de là, non-seulement la plaie se cicatrisa sans aucun accident, mais le malade fut dès ce moment entièrement guéri de toutes ses souffrances, que nous reconnûmes dès lors n'être autre chose que des douleurs névralgiques. Dix ans plus tard, je déclarai au malade, qui occupe aujourd'hui un rang distingué dans le monde médical, toute la vérité sur cet événement dont nous avons plus d'une fois plaisanté depuis ensemble. — La même méprise m'est arrivée sur deux enfants.

« Il m'est arrivé une fois d'ouvrir

l'artère crurale en ouvrant un abcès très-profond. La tumeur, en grossissant, avait déplacé le vaisseau et avait dérouté toute ma science anatomique. Je dus après en faire la ligature.»

Ces exemples et quelques autres ont servi de texte à M. Roux pour développer cette idée que le diagnostic chirurgical offre les mêmes difficultés, donne lieu aux mêmes erreurs que le diagnostic médical, et que souvent ces erreurs amènent des résultats bien plus funestes. Cette opinion d'un chirurgien à si vaste expérience et vieilli dans la pratique, doit être un avertissement salutaire pour les entraînements de la témérité, et c'est sous ce point de vue surtout que nous avons voulu la faire connaître à nos lecteurs. (*Gaz. des Hôpitaux*, novembre 1842.)

DOULEURS NÉVRALGIQUES (*Cessation des*) *par la compression de la carotide.* M. le docteur Turck, de Plombières, a publié quelques faits qui tendent à prouver, dit-il, que des douleurs plus ou moins vives, tantôt erratiques et musculaires, tantôt simulant une pleurodynie, tantôt se produisant sous la forme de douleurs abdominales fort variées, ou d'une toux très-pénible, sont probablement le résultat d'une modification maladive de la base du cerveau, puisqu'elles cessent instantanément sous l'influence de la compression d'une carotide, ou plutôt sous celle du nerf vague que cette artère recouvre. Voici les faits qui l'ont conduit à admettre cette opinion, que nous ne pouvons encore regarder que comme une hypothèse, et malheureusement ces faits sont eux-mêmes si vagues et si peu circonstanciés qu'il est difficile d'en rien conclure.

Un malade éprouvait depuis longtemps de vives douleurs abdominales rebelles à tous les traitements. Par voie d'exclusion, M. Turck est porté à penser qu'un état morbide du cerveau produit les accidents, et il découvre que la compression de la carotide gauche faisait cesser instantanément les douleurs. On fit un bandage approprié et le malade s'en sert encore avec succès chaque fois que ses douleurs reviennent. Il y a dix ans de cela.

Cette année M. Turck vit un malade, dont le père est mort phthisique et qui éprouvait des douleurs très-fortes qu'il rapportait au sommet du poumon droit, sans que l'auscultation et la percussion indiquassent aucune modification dans les tissus. Ces douleurs, considérées comme pleurétiques et pleurodyniques, résistèrent à l'emploi des eaux de Plombières et se suspendaient au contraire pendant la compression de la carotide droite. Le bandage a été prescrit, M. Turck n'en dit pas les résultats.

L'auteur rapporte un autre cas analogue, et un quatrième dans lequel les douleurs, quoique variables dans leur siége, étaient suspendues par la pression carotidienne. (*Expérience*, novembre 1842.)

DOUVE DU FOIE (*Présence de la*) *ou distôme hépatique dans la veine-porte chez l'homme.* Cet entozoaire est très-commun chez les ruminants et connu, non-seulement des naturalistes, mais des vétérinaires, des bouchers, des bergers, etc. Chez l'homme il est plus rare, il s'y trouve en moins grand nombre et n'y acquiert pas la même taille. Du reste, rien de précis sur les symptômes qu'il détermine, et quant à son siége, c'est presque toujours dans la vésicule et les canaux biliaires qu'on le rencontre. M. Duval, de Rennes, en décrivant dans son cours d'anatomie le système veineux abdominal, arrivé au tronc de la veine-porte, s'aperçut qu'un corps étranger placé dans l'intérieur même de ce vaisseau glissait entre ses doigts. Incisant sur-le-champ avec précaution les parois de la veine sur ce corps tenu avec les doigts, il découvrit au milieu d'un peu de sang fluide une douve du foie de la plus grande dimension. Poursuivant ses recherches, deux ou trois autres distômes semblables au premier furent rencontrés dans le sinus et la division sous-hépatique de la veine-porte, et d'autres encore, en tout cinq ou six, dans les ramifications de la veine jusque dans l'intérieur du foie. M. Duval pense que ces entozoaires se sont développés dans la veine même, ce qui prouverait que la vésicule et les canaux biliaires ne sont pas leur siége spécial. (*Gazette méd. de Paris*, novembre 1842.)

EMPOISONNEMENT (*Observation d'*) *par le cérat fait avec des bougies de nouvelle fabrication, dans la composition desquelles entre de l'acide arsénieux.* Dans un procès

célèbre, M. Raspail soutenait que si on soumettait à l'appareil de Marsh le sang d'un individu qui aurait longtemps respiré l'air d'une pièce éclairée par des bougies stéariques, on y trouverait de l'acide arsénieux. On sait, en effet, que pour blanchir et solidifier la stéarine, on emploie l'acide arsénieux. On conçoit donc, à la rigueur, que le cérat préparé avec cette bougie puisse donner lieu à des accidents toxiques, s'il était appliqué sur des surfaces dénudées. Deux observations publiées par M. Errard, à Injurieux, pourraient confirmer cette crainte. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui, par suite d'une application de compresses faite sur des plaies des bras, produites par des vésicatoires, fut trouvé le lendemain dans un état inquiétant. Bras douloureux, langue rouge, sèche, fendillée; soif insupportable, tranchées dans le ventre; contractions involontaires dans les muscles des membres inférieurs et du dos; pouls petit, irrégulier et fréquent; céphalalgie. Malgré un traitement énergique, mort du malade dans la soirée.

Dans le second cas, c'est une jeune fille, qui, aussi après l'application de cérat sur la plaie d'un vésicatoire, est prise des mêmes accidents, qui n'eurent pas cette fois de résultat funeste.

Le cérat employé dans ces deux circonstances avait été pris dans la même maison et fabriqué avec des bougies stéariques. M. Errard n'hésite pas à mettre sur son compte les accidents qu'il a observés.

Remarquons, néanmoins, que l'autopsie du sujet qui a succombé n'a pas été faite, et, chose bien plus importante, que le cérat n'a pas été chimiquement analysé. L'absence de ces deux conditions nous met en réserve sur la légitimité de la conclusion de M. Errard. (*Gaz. méd. de Paris*, novembre 1842.)

ÉPILEPSIE (*Guérison de l'*) *par un anti-périodique.* Cet anti-périodique, c'est la valériane, soit seule, soit associée à la poudre de Guttète ou à la poudre de Carignan. C'est M. le docteur B. Chabrely de Bordeaux qui préconise cette médication, dont il aurait obtenu des succès inouïs dans quatorze cas qu'il raconte, cas très-divers relativement à l'âge, au sexe des malades, à l'intensité et à la durée de la maladie. Nous sommes toujours très-réservés à l'endroit des guérisons de maladies qui, comme l'épilepsie, ont été jusqu'à ce jour rebelles aux effets de l'art. Ce n'est donc qu'avec doute et une défiance invincible, bien légitime d'ailleurs pour ceux qui connaissent l'histoire de la thérapeutique de l'épilepsie, que nous exposerons la méthode de M. Chabrely. Cependant, toute expérimentation qui ne peut compromettre ni la santé, ni surtout la vie des malades, est permise dans une aussi affreuse maladie. Remarquons seulement que la valériane, la poudre de Guttète et de Carignan, sont des médicaments qui ont été très-souvent employés contre l'épilepsie, et que la plupart des thérapeutistes modernes ne leur accordent qu'une action très-secondaire.

M. Chabrely dit qu'on a grand tort de s'en tenir à la méthode dite rationnelle, pour des affections dont on ne connaît ni la cause ni la nature. Pour l'épilepsie il y a deux médications à employer, l'une au moment de l'attaque, l'autre afin de la prévenir lorsqu'elle a cessé. Pendant l'attaque, c'est à la méthode rationnelle qu'il faut recourir, en se rappelant néanmoins que les congestions du cerveau, du poumon, qui semblent immédiatement menacer la vie, cesseront avec l'attaque qui les produit, et qu'il y aurait danger par conséquent à appauvrir le sang par des saignées intempestives. Pour prévenir les attaques, c'est à une médication spéciale qu'il faut avoir recours, sans s'informer de sa nature ni de son mode d'agir, si par cette médication on obtient des résultats favorables.

Jusqu'ici cette opinion est celle des praticiens les plus sages, seulement ils attendent encore ce médicament spécial. Pour M. Chabrely, c'est la valériane en poudre ou en sirop, qu'il administre de la manière suivante : il donne, matin et soir, une cuillerée de sirop de valériane pour édulcorer, chaque fois, une tasse d'infusion de feuilles d'oranger; *la veille de la nouvelle lune*, il fait prendre le matin, à jeun, un gramme de poudre de Carignan ou de Guttète additionné à celle de valériane dans une tasse d'infusion de tilleul sucré. Le soir, même dose; le lendemain, deux fois également, ainsi que le surlendemain. Il agit de même pour la pleine lune, la veille, le jour et le lendemain de cette phase lunaire. On prend donc douze paquets par mois du mélange de Carignan, et les autres

jours, le malade se contente du sirop de valériane. Cette médication doit être continuée pendant cinq à six mois, puis on laisse les poudres antipériodiques, pour s'en tenir au sirop de valériane. A ceux qui pourraient être étonnés que M. Chabrely tienne ainsi compte des phases de la lune pour l'administration du mélange anti-épileptique, il répond qu'il a observé une coïncidence frappante entre les convulsions chez les enfants et les phases de la pleine et de la nouvelle lune.

Pour ceux de nos lecteurs qui voudraient répéter les essais de M. Chabrely, nous donnerons la formule peu connue des poudres de Guttète et de Carignan :

Poudre de Guttète.

Gui de chêne, Racines de dictame Id. de pivoine,	ana...	1 partie.
Semences d'atriplex, Corail rouge préparé,	ana...	1/2 partie.
Ongle d'élan.................		1 partie.

Mêler toutes ces substances pulvérisées à un tiers de poudre de valériane et faire des paquets de 1 à 2 grammes.

Poudre de Carignan, d'après M. Bouchardat.

Poudre de Guttète.........	250 gram.
Ambre jaune porphyrisé....	375 —
Corail rouge...	125 —
Terre sigillée...............	125 —
Cinabre....................	12 —
Kermès minéral...........	12 —
Noir d'ivoire	12 —

M. S. A. et divisez en prises de 10 à 50 centig., que l'on mêle à la poudre de valériane par moitié. (*Bull. méd. de Bordeaux*, oct. et nov. 1842.)

FIÈVRE JAUNE. M. Chervin a eu l'heureuse idée de publier le rapport remarquable qu'il lut à l'Académie de médecine, en octobre dernier, sur un travail de M. Rufz, médecin de la Martinique, concernant la fièvre jaune, qui a régné dans cette île de 1838 à 1841. Dans ce rapport, où l'auteur a traité avec de grands développements l'importante question de l'identité de nature des fièvres d'origine paludéenne de différents types, où il a soutenu, avec l'ardente conviction qu'on lui connaît, l'urgence d'abolir les quarantaines relatives à la fièvre jaune, nous trouvons l'exposé du traitement adopté par M. Rufz, traitement qui a varié suivant les diverses époques de l'épidémie. D'abord il employa la saignée comme moyen principal : sur treize malades qu'il traita ainsi, deux moururent, mais l'un d'eux était expirant lorsqu'il lui fut confié. Ce résultat donne à M. Rufz une grande confiance dans l'emploi de la saignée dans les deux premiers jours du début de la fièvre jaune, à quelque époque que ce soit de l'épidémie. Plus tard, M. Rufz joignit à la saignée le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes 40 centigr. en 24 heures. Sur quinze malades, il n'eut qu'un seul mort, mais il fait remarquer qu'il faut tenir compte de ce que l'épidémie était sur son déclin. Du reste, M. Rufz n'a jamais employé le sulfate de quinine seul. D'après le relevé fait par M. Chervin, on voit d'ailleurs que sur un grand nombre d'épidémies observées dans des pays divers, les succès et les revers se balancent dans toutes les méthodes de traitement, soit par les émissions sanguines à haute dose, soit par les saignées unies à l'emploi des toniques, soit enfin par les toniques seuls. C'est ce qui fait dire à M. Chervin, avec tant de raison, que la thérapeutique de la fièvre jaune est loin d'être fixée, et que des moyens diamétralement opposés donnent souvent des résultats analogues et même identiques. (*De l'identité de nature des fièvres d'origine paludéenne*, etc. Broch. in-8°, novembre 1842.)

FRACTURE *de l'extrémité inférieure du radius, expliquée par un mécanisme nouveau.* La fracture de l'extrémité inférieure du radius, celle qui ne siége pas à plus d'un pouce audessus de l'articulation radio-carpienne, et dont l'existence et la symptomatologie ont surtout été étudiées avec soin par Dupuytren, dans un excellent chapitre de diagnostic différentiel entre elle et les diverses luxations du poignet; cette fracture, dont les travaux de M. Geyrand d'Aix, et plus tard les recherches de M. Diday paraissaient avoir suffisamment établi le mécanisme et le traitement, vient d'être présentée sous un aspect tout à fait nouveau par M. le docteur Voillemier.

Ce jeune médecin, sans nier d'une manière positive les fractures obliques du radius au point que nous avons précisé, pense qu'elles sont extrêmement rares; l'opinion contraire

repose, suivant lui, sur ce que l'on a étudié ces fractures bien plus sur le vivant que sur des pièces pathologiques. Lui aussi a eu occasion d'observer une fracture qui présentait tous les caractères assignés à une fracture oblique, et il ne fallut rien moins que l'examen anatomique et la section de l'os pour le convaincre de son erreur et lui démontrer que cette fracture se rattachait à une forme particulière inconnue des auteurs, et se produisant par un mécanisme non encore décrit. Ce mécanisme, le voici : mais auparavant, suivons l'auteur dans quelques développements anatomiques qui ont pour but d'en simplifier l'explication et de la rendre plus intelligible.

Il fait remarquer que la couche de tissu compact, si épaisse au corps du radius, va en diminuant progressivement jusqu'à son extrémité inférieure, où elle est si mince qu'à peine il est possible de la mesurer; et qu'à un centimètre au-dessus de la surface articulaire, elle ne présente plus qu'une lame extrêmement fragile et quelquefois aussi mince qu'une feuille de papier. A la face antérieure le tissu compacte se prolonge un peu plus bas qu'à la face postérieure. Ces faits étant établis, on conçoit que dans une chute sur la main, celle-ci reposant sur le sol, la violence du choc représentée par le poids du corps multiplié par la vitesse de la chute, vienne résumer son action sur le point le plus fragile du radius, c'est-à-dire à la portion renflée où la lame compacte est le plus mince ; on conçoit que l'os se brise en ce point, et que le tube solide de tissu compacte pénétrant dans le tissu spongieux, il se fasse une fracture par *pénétration*, ainsi que l'auteur l'appelle. Mais cette *pénétration*, dit M. Voillemier, peut avoir lieu de différentes manières : si le choc a été bien directement transmis à l'extrémité osseuse, si les parois osseuses ont cédé à peu près en même temps sur toute la circonférence, le fragment supérieur pénètre d'emblée dans le fragment inférieur, où il descend de plusieurs millimètres. Ainsi les deux fragments restent enclavés. Mais si l'effort de la chute est plus considérable, le fragment supérieur continue à descendre, et le fragment inférieur, pressé entre lui et le carpe, se divise en plusieurs pièces. L'apophyse styloïde est détachée, et la surface articulaire véritablement écrasée. C'est ce dernier degré de la pénétration que Dupuytren avait rencontré dans certaines fractures auxquelles il avait donné le nom de fracture par *écrasement*.

Ce mode de pénétration d'emblée, continue M. Voillemier, doit se rencontrer assez rarement, parce qu'il exige un concours de circonstances assez rares elles-mêmes; mais il en est un autre plus fréquent. Il a lieu également à la suite d'une chute sur la main, le membre venant à rencontrer le sol dans une position plus ou moins oblique. Ici encore les extrémités de l'os tendent à se rapprocher; mais si l'on songe à la position oblique du membre, à la pression plus considérable que supporte la moitié postérieure de la surface articulaire radiale, parce qu'elle repose mieux que la moitié antérieure sur le carpe et se trouve plus aussi dans l'axe du radius, on comprendra sans peine que l'enfoncement des lames osseuses doit commencer sur la face postérieure de l'os, en même temps que le fragment inférieur est légèrement porté en arrière; alors le tube osseux de tissu compacte pénètre encore dans le tissu spongieux, mais en éprouvant une certaine déviation. Tandis que la paroi postérieure du fragment brachial pénètre dans l'épaisseur du fragment carpien, la paroi antérieure, au contraire, chevauche sur ce même fragment. Il y a engrènement, *pénétration réciproque*. Examiné de dehors en dedans, le radius présente une disposition analogue. Le bord externe du fragment radial a pénétré dans le fragment carpien suivant une ligne verticale, qui, prolongée, séparerait l'apophyse styloïde du corps do l'os, tandis que son bord interne recouvre au contraire celui du fragment carpien. Un fait très-important à noter, c'est que, par suite de cette double pénétration, des deux saillies qui existent sur les deux faces de l'os, l'une, plus élevée, est formée en arrière par le bord supérieur du fragment carpien ; l'autre, plus abaissée, est formée par le bord inférieur du fragment brachial. » Cette disposition, plusieurs fois observée par l'auteur sur des pièces pathologiques, éveilla son attention sur ce point obscur de pathologie, et le conduisit à analyser de nouveau et avec soin toutes les raisons à l'aide desquelles on cherchait à prouver l'obliquité des fractures en question : or, ni dans les souvenirs des praticiens les plus ex-

périmentés, ni dans les cabinets d'anatomie pathologique, nulle part, enfin, il ne put saisir une description de fracture oblique avec fragments taillés en biseau, comme cela a été dit; tandis que sur tous les radius anciennement fracturés, que l'auteur a pu se procurer, il a vu des altérations qu'il n'était pas possible d'expliquer autrement que par la pénétration des fragments l'un dans l'autre. Cette assertion de M. Voillemier se trouve confirmée par une description fort détaillée, qu'il donne des caractères anatomiques offerts par ces fractures anciennes, et qui toutes nous ont semblé venir à l'appui de la théorie fort ingénieuse qu'il soutient.

Mais, ajoute M. Voillemier, la pénétration est quelquefois plus considérable que je ne l'ai indiqué, et la fracture offre alors plusieurs caractères particuliers: par suite du raccourcissement considérable du radius, le cubitus est appelé à supporter une partie de l'effort de la chute, et assez fréquemment son apophyse styloïde est brisée. Dans un cas que j'ai rencontré sur un jeune homme de quatorze ans, le cubitus se pliant dans le sens de la courbure normale, ne s'était fracturé qu'incomplètement, les fibres externes seules avaient été rompues, il existait un angle très-ouvert formé par les fibres internes pliées, mais non rompues. Il est bien plus commun de voir les ligaments radio-cubitaux déchirés ou distendus, et le cubitus quittant la fossette radiale, éprouver une véritable luxation.

Mais ce n'est pas le seul mécanisme suivant lequel aurait lieu la fracture de l'extrémité inférieure du radius. D'après M. Voillemier, de nombreuses tentatives faites sur le cadavre dans le but de produire la luxation du poignet, lui auraient démontré qu'en portant la main dans l'extension ou la flexion forcée sur l'avant-bras, il était possible de fracturer le radius par une sorte d'arrachement: l'auteur a vu que rien n'est plus facile que de produire chez les jeunes sujets le décollement de l'épiphyse: une fois il a pu l'obtenir chez un individu de vingt-quatre ans, d'une constitution athlétique. Dans cette variété de fracture par arrachement, et dont la direction est en général transversale, quand l'épiphyse est soudée complétement avec la diaphyse, tantôt on ne détache qu'un éclat oblique plus ou moins considérable de la face antérieure ou postérieure de l'os, tantôt un fragment externe auquel reste attachée l'apophyse styloïde, tantôt enfin, un fragment qui intéresse toute l'épaisseur de l'os, et épais de six à huit millimètres. Ces arrachements ont lieu surtout quand la main est portée dans l'extension, à cause de la puissance des ligaments antérieurs plus considérable que celle des ligaments postérieurs : on conçoit que dans cette fracture le déplacement soit presque nul, l'étendue des surfaces par lesquelles les fragments se correspondent neutralisant l'action musculaire, qui seule pourrait le produire. La mobilité des fragments entre eux est à peine sensible, et la crépitation fort obscure.

Quant aux déductions thérapeutiques, M. Voillemier pense que la première indication à remplir est de combattre les symptômes inflammatoires par des antiphlogistiques, le repos de l'articulation, à se comporter enfin comme s'il s'agissait d'une entorse; les mouvements de réduction seront faits avec une grande réserve, autant pour épargner au blessé des douleurs très-vives, que pour ne point achever d'arracher des pièces osseuses qui sont encore unies par des liens fibreux: pour corriger le renversement en avant et en arrière du fragment carpien, renversement qui constitue presque à lui seul la déformation du membre, on saisira les deux fragments, et, par une action directe, on cherchera à les replacer dans leur direction normale. Il ne faut pas oublier que dans les fractures par pénétration, une partie du tissu osseux a été écrasé et qu'une forte traction ne ferait qu'écarter les fragments l'un de l'autre. L'appareil de M. Voillemier est des plus simples: on enveloppe le poignet d'une compresse fine, imbibée d'un liquide résolutif. L'avant-bras étant placé dans une attitude moyenne entre la pronation et la supination, une compresse longuette est placée le long de la face postérieure; repliée en plusieurs doubles au-dessus de l'articulation, elle forme en ce point un coussinet qui poussera en avant le fragment inférieur du radius. Une semblable compresse est placée à la face palmaire de l'avant-bras, sans toutefois qu'elle soit repliée inférieurement, et qui comme l'attelle chargée de la recouvrir, s'arrêtera un peu au-des-

sus du niveau de la fracture : l'attelle postérieure, au contraire, descendra jusqu'à la racine des doigts, afin de pouvoir par des tours de bandes soutenir le bord cubital de la main et s'opposer ainsi au tiraillement des ligaments, et même à l'arrachement de l'apophyse styloïde dans les cas où elle est fracturée. Inutile d'ajouter que la disposition de l'appareil devrait être en sens inverse, dans le cas où le déplacement de ce fragment aurait lieu en avant.

Félicitons, en terminant, M. le docteur Voillemier, d'avoir si avantageusement repris un sujet que les recherches antérieures paraissaient avoir épuisé ; son travail, que nous regrettons de n'avoir pu suivre dans tous ses développements, serecommande par une rigueur de principes et une sévérité de déductions qui lui méritent toute l'attention des chirurgiens. (*Archives. gén. de Médecine.*)

FRACTURES (*Nouveau signe de la consolidation des*). Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable; aussi est-il d'un bon esprit de ne rejeter aucun fait pratique sans l'avoir préalablement soumis au creuset de l'expérience. Il faut donc examiner le suivant, quelque extraordinaire qu'il puisse paraître. M. Guenther de Kayna (Saxe) a été conduit, par de nombreuses observations, à donner comme un symptôme constant dans les fractures des membres l'arrêt de croissance des ongles, et leur élongation comme un signe certain de la réunion des fragments osseux et de leur consolidation. — A l'appui de cet aperçu, il donne l'exemple suivant : Un jeune homme de haute taille, et fortement constitué, se cassa la jambe droite le 27 juillet 1832; la fracture était très-oblique et comminutive. Ce malade, qui observait avec une minutieuse attention les moindres détails relatifs à son affection, remarqua que les ongles du pied droit ne poussaient pas comme ceux du pied gauche, et qu'ils restaient toujours dans le même état où ils se trouvaient à l'époque de la fracture. Cette observation lui était d'autant plus facile qu'il s'était coupé les ongles à l'un et à l'autre pied la veille même de son accident. Ce jeune homme fit part de cette circonstance à M. Guenther, et comme elle parut à ce dernier être en rapport avec la marche de la guérison, la manière d'être des ongles fut, à partir de ce moment, observée chaque jour avec grand soin.

Le cinquantième jour, on constata que l'ongle du petit doigt commençait enfin à s'accroître; les ongles des trois suivants commencèrent un peu plus tard à pousser, et enfin, au bout de quelques semaines seulement, ce fut le tour de l'ongle du gros orteil.

A partir du moment de la croissance des ongles, le malade eut le sentiment de la consolidation du membre fracturé, et en effet, tous les signes indiquant la réunion et la consolidation des fragments osseux parurent en même temps.

Ce sont des observations analogues qu'il a eu occasion de recueillir depuis lors qui ont confirmé M. Guenther dans l'opinion qu'il vient d'émettre sur le rapport qui existe entre l'accroissement des ongles et la consolidation des fractures des membres. (*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 41.)

GALE (*Nouveau traitement de la*). Nous lisons, dans un journal allemand, l'exposition suivante d'un nouveau traitement de la gale par le docteur Dornblueth. — Le malade nettoie le soir toute la surface du corps en faisant une ablution avec une dissolution chaude de savon vert; il se frictionne ensuite avec le liniment ci-dessous :

Prenez : Savon noir.........	125 gram.
Poudre de racine d'ellébore blanc.....................	60 gram.
Eau de fontaine, chaude.....	q. suff.

Mêlez et faites une mixture de consistance sirupeuse.

On applique ce liniment avec un pinceau, et l'on doit avoir le soin d'appuyer assez fortement sur toutes les parties du corps qui présentent la moindre trace d'exanthème, notamment sur les articulations, sur les hanches, le dos et l'abdomen. Aussitôt que les points frictionnés commencent, après la seconde, troisième ou quatrième application du remède, à rougir et à devenir le siége d'un sentiment de brûlure au lieu de la démangeaison qui s'y faisait sentir auparavant, et qu'on n'y voit plus apparaître de nouveaux boutons, on cesse d'y appliquer le liniment.

Le lendemain de la dernière friction, on frotte tout le corps avec 125

grammes de savon noir, puis on le lave soigneusement avec de l'eau chaude tenant en dissolution une dose égale du même savon. On fait usage ensuite de nouveaux vêtements, les anciens devant être soumis à la désinfection par l'acide sulfureux gazeux. Bientôt après, la peau se dessèche et se détache par écailles, et de cette manière la guérison se trouve obtenue dans l'espace de six à huit jours, sans jamais laisser de suites fâcheuses. L'auteur déclare qu'avec ce traitement il a renoncé à toute médication interne, et qu'il l'a appliqué avec succès sur six cents malades environ. En résumé, ajoute-t-il, 1° il guérit assurément la gale, sous quelque forme qu'elle se présente, dans l'espace de temps le plus court possible, et sans donner lieu à aucun accident, soit primitif, soit consécutif; 2° il a le précieux avantage de ne pas trahir par son odeur la nature d'un mal qu'il importe de tenir secrète; 3° enfin, il a encore l'avantage d'un excessif bon marché. (*Gaz. des Hôp.*, novembre 1842.)

HALLUCINATIONS DE L'OUIE (*Traitement de quelques*) *par le datura strammonium.* Dans notre dernier numéro nous exposions les heureux résultats obtenus par M. Moreau (de Tours), médecin de Bicêtre, de l'emploi du datura strammonium dans cette forme de l'aliénation mentale. Nous devons à notre fidélité d'historien de faire connaître aujourd'hui les résultats tout opposés qui se sont offerts dans l'asile de Marseille dans le service de M. Aubanel, résultats publiés par M. Estre. Trois femmes furent choisies pour expérimenter le datura strammonium. Deux d'entre elles réunissaient toutes les conditions morales que M. Moreau considère comme indispensables au succès. Chez la troisième, aux hallucinations de l'ouïe se joignait un délire chronique. Dans ce dernier cas, on n'obtint pas même une amélioration passagère, et dans les deux autres, les résultats ne furent guère plus favorables. En présence de ces faits, M. Estre, sans se prononcer définitivement sur la valeur thérapeutique du datura, en attendant de nouvelles observations plus nombreuses, ne peut cependant s'empêcher de douter de l'infaillibilité de la stramoine, et de sa spécificité d'action dans le traitement des hallucinations. (*l'Examinateur médic.*, novembre 1842.)

HYDATIDES DU REIN *chez le fœtus* (*des*) *comme cause de dystocie.* La Société médicale d'émulation de Lyon, fondée il y a à peine un an, sous la présidence de M. Bouchacourt, jeune chirurgien fort distingué de cette ville, vient de faire paraître le premier volume de ses Mémoires. Parmi les travaux intéressants qu'il renferme, nous avons surtout remarqué une excellente monographie de M. Bouchacourt sur la dégénérescence hydatique des reins du fœtus. Les deux observations suivantes, que nous y empruntons, pourront servir à éclairer une question de diagnostic obstétrical fort obscure, en même temps qu'elles compléteront l'histoire anatomique d'une maladie encore peu connue.

Obs. I. Le 12 avril 1839, M. le docteur Nichet fut appelé dans l'après-midi auprès de Catherine Pozzi, âgée de vingt-trois ans, primipare, en travail depuis une heure du matin. La dilatation de l'orifice s'était faite avec lenteur; l'enfant s'était présenté par les fesses, le sacrum tourné à droite. Lorsque le chirurgien arriva, les cuisses de l'enfant étaient à la vulve depuis longtemps, et la traction qu'on avait exercée sur elles n'avait pu l'ébranler, retenu qu'il était par le ventre au détroit supérieur. La main droite, introduite entre le bassin et l'enfant, fit reconnaître que le ventre avait un volume énorme, et comme il était très-mou, M. Nichet pensa qu'il y avait une ascite, et pratiqua au-dessous de l'ombilic une ponction qui ne fit point sortir de liquide. La main portée plus haut, à la surface de la poitrine, constata un élargissement très-considérable de cette cavité dans la direction antéro-postérieure, tandis qu'elle avait perdu beaucoup de sa hauteur par le rapprochement des côtes. Un crochet aigu, placé dans un espace intercostal, ne put faire descendre le fœtus. On prit le parti de déchirer largement avec les doigts les parois thoracique et abdominale, afin d'extraire le corps qui faisait obstacle, quel qu'il pût être. En effet, le chirurgien saisit, dans l'hypocondre droit d'abord, une masse bosselée faisant partie d'une autre plus volumineuse, qu'il retira en introduisant sa main une seconde fois; alors, le

fœtus, aminci, n'éprouva plus de difficulté à descendre et à franchir les parties génitales externes. On fit immédiatement la délivrance.

L'examen anatomique démontra l'absence des reins : ces organes, énormément développés, formaient les deux tumeurs qui mettaient obstacle à l'accouchement. Le fœtus était mort depuis longtemps; sa tête était petite, et ses membres étaient peu développés, surtout les inférieurs. La forme générale de chaque rein était conservée, mais chaque masse avait un volume triple d'un rein d'adulte, et occupait tout l'espace compris entre la crête iliaque et le sommet de la poitrine, car le diaphragme avait été refoulé jusqu'aux premières côtes. Les côtes elles-mêmes, rapprochées jusqu'au contact, n'occupaient qu'un très-petit espace, et étaient renversées en haut.

Ces reins énormes, lisses et largement bosselés, étaient enveloppés d'une tunique fibro-celluleuse, sorte de capsule très-difficile à déchirer. Chaque lobe était séparé du lobe voisin par des cloisons celluleuses. Les espaces limités par ces cloisons étaient remplis par des vésicules à parois minces et transparentes, dont le volume variait depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois. Les vésicules, pressées, tassées les unes sur les autres, contenaient un liquide blanc, limpide, transparent, qui jaillissait lorsqu'on faisait une piqûre aux parois. En déchirant la substance de l'organe, on voyait apparaître ces vésicules par myriades. Ainsi, ces masses morbides n'étaient composées que de deux éléments : tissu cellulo-fibreux en filaments et en membranes, tissu vésiculaire. On n'a point découvert de traces des capsules surrénales. Le pancréas conserve son volume normal, mais il est converti en vésicules comme les reins. Le lendemain de son accouchement, cette fille fut prise de péritonite à laquelle elle succomba le quatrième jour. M. Nichet constata une rupture du vagin à son insertion à la matrice, dans un tiers de sa circonférence, et à gauche.

Nous avons dû suivre l'auteur de cette observation dans tous les développements qu'il lui a donnés, car il s'agit d'une maladie du fœtus toute différente de celles qui ont pu être décrites par plusieurs pathologistes, et notamment de l'altération signalée par Billard. Il ne s'agit plus, comme le fait remarquer M. Bouchacourt, de vésicules juxta-posées communiquant les unes avec les autres, et toutes avec le bassinet. Ce ne sont plus, en un mot, les parties constituantes de la glande converties par la pression excentrique du fluide qui les distend en poches séreuses; mais de nouveaux corps ont apparu, ce sont des hydatides. Il y a loin, comme on voit, de cette lésion primitive et en quelque sorte originelle du rein, à l'altération consécutive et secondaire que subit cet organe dans le cas où il existe une imperforation soit des uretères, soit des autres conduits excréteurs de l'urine qui, par son reflux dans les diverses cavités constitutives de la glande, en détermine la dilatation, et donne ainsi lieu à une hydropisie rénale, maladie surtout bien étudiée dans ces derniers temps par M. le docteur Rayer.

M. Bouchacourt a eu soin de rapprocher de ce premier fait une observation non moins intéressante qu'il emprunte aux Archives de médecine (avril 1841), et qui est rapportée par le docteur OEsterlen, de Murrhard (Wurtemberg). — M. OEsterlen fut appelé, en janvier 1840, près d'une femme en travail; il trouva la tête du fœtus au delà de la vulve; le ventre n'avait pu se dégager, malgré de vives douleurs; l'enfant était mort. Les contractions persistant avec énergie, il suffit de quelques tractions pour terminer l'accouchement. L'abdomen de l'enfant avait un développement notable, surtout dans la région sous-ombilicale; l'excavation abdominale est remplie par une énorme tumeur que l'on reconnaît bientôt pour les reins; leur surface externe est unie, elle offre par places une couleur rouge, au milieu de laquelle ressortent de toutes parts de petits grains ronds, de couleur gris bleu. Si l'on fait une incision à la convexité des masses qui constituent cette tumeur, on remarque sur toute l'incision une quantité de petites vésicules isolées. Ces hydatides sont sphériques, formées d'une membrane mince renfermant un liquide terne et transparent. Les calices sont développés; les mamelons sont épais et saillants; les bassinets tout petits, en proportion du volume des reins et des calices. On ne trouve pas de traces des pyramides de Malpighi,

non plus que des conduits de Bellini; tout a subi une transformation hydatique. Ces hydatides étaient réunies et maintenues par un tissu rougeâtre et filamenteux qui paraissait être le rudiment du parenchyme rénal atrophié.

Ces deux observations, indépendamment de l'altération anatomique des reins, qu'elles démontrent avec la plus grande évidence, signalent à l'attention des accoucheurs une nouvelle cause de dystocie qu'ils n'avaient pas soupçonnée, et dont on ne trouve aucune indication dans les traités classiques sur l'art obstétrical. Ces faits prouvent de plus que ce développement extraordinaire des reins, chez le fœtus, peut réclamer la perforation du ventre et l'arrachement des tumeurs, la simple ponction indiquée dans les cas d'ascite étant insuffisante. Ajoutons toutefois, avec l'auteur, que, comme il est impossible de reconnaître *à priori* si le volume exagéré de l'abdomen est dû à une simple ascite ou à la dégénérescence des reins, on devra essayer d'abord la ponction, quitte à recourir plus tard à la perforation plus large de l'abdomen et à l'extraction des tumeurs qui le remplissent. (*Mém. de la Soc. méd. d'émulat. de Lyon*, page 73, tome I, 1842.)

INTRODUCTION DE L'AIR *dans les veines, à la suite d'une saignée du bras.* Des accidents de la saignée, le plus grave, sans contredit, serait celui que nous signalons, si fort heureusement il ne constituait pas un cas exceptionnel, et le seul qui ait été observé jusqu'à ce jour. Toutefois, il n'en mérite pas moins toute l'attention des praticiens. — Vers le milieu de 1841, dit M. Simon, de Brest, je fus appelé à donner mes soins à N..., garçon boulanger, âgé de 28 ans, d'une constitution pléthorique. Il accusait des lassitudes générales, une céphalalgie constante, de l'oppression. La face était animée, le pouls large et roide. Le lendemain, je le saignai au lit; je plaçai au bras gauche une bande neuve *en tricot de soie*, et ouvris la médiane basilique, la veine la plus apparente. Au bout de quelques instants, le sang cessa de couler, et d'après l'état du pouls, attribuant cet accident à la compression trop forte exercée par la bande, je relâchai sans succès la rosette. Je me déterminai alors, sur les instances du malade, *qui montrait le sang-froid le plus grand, et tenait lui même le vase*, à une nouvelle ponction. Je piquai la veine à 10 ou 12 millimètres au-dessus de la première incision. Au moment même de cette nouvelle opération, un bruit que je ne pourrai comparer qu'à un léger reniflement, se fit entendre; une petite bulle parut à l'ouverture supérieure, et l'idée de l'introduction de l'air dans la veine venait de me frapper, lorsque le sujet se renversa sur l'oreiller, sans connaissance, sans pouls, et le thorax spasmodiquement dilaté, comme dans la suffocation par strangulation. Je le crus perdu; je plaçai le pouce sur les deux piqûres, j'aspergeai la face de quelques gouttes d'eau, et au bout d'une minute et demie environ, une large expiration et la reprise des sens vinrent me rendre un peu de sécurité. Je constatai alors que ma bande de soie était complétement lâche, et ne s'opposait plus au retour du sang vers le cœur. Un quart d'heure après, N... était bien, un peu oppressé seulement, et me priait de renouveler la saignée, ce dont je me gardai bien : plus tard, du repos, quelques pédiluves et un purgatif salin le rétablirent.

Quelque extraordinaire que puisse paraître l'interprétation donnée à ce fait par l'auteur lui-même, nous partageons sa manière de voir : ce n'est pas là évidemment une syncope ordinaire, et comme il peut en survenir pendant une saignée : l'instantanéité de l'accident, la chute subite du malade, cette suffocation spasmodique, et surtout le bruit particulier qui se fit dans la veine peu auparavant, toutes ces circonstances ne permettent guère d'élever du doute sur la cause qui les a produites : c'est bien évidemment là pour nous un nouveau cas d'introduction d'air dans le système veineux par une voie qui n'avait pas encore été signalée. Sans doute que le relâchement de la bande et la superposition de deux ouvertures rapprochées sur la veine où le sang avait repris son cours à l'insu du chirurgien, ont dû puissamment y contribuer. C'est là un fait très-grave qui vient s'ajouter aux autres accidents connus de la saignée, et qui doit engager le médecin à ne la pratiquer que sur indication formelle, *jamais par complaisance* et pour obtempérer aux désirs ou se conformer aux habitudes des malades, ce

qui se fait trop souvent. (*Annales de la Chirur.*, novembre 1842.)

INTRODUCTION DE L'AIR *dans les veines pendant l'extirpation d'une tumeur du cou.* Voici encore un nouveau fait d'introduction de l'air dans les veines, par une ouverture accidentelle de la veine jugulaire interne, qui prouve combien l'extirpation des tumeurs du cou exige de sang-froid et de prudence de la part du chirurgien. Ce fait a été envoyé par M. le docteur Gorré, de Boulogne, à M. Amussat, qui l'a communiqué à l'Académie, dans sa séance du 3 novembre. — Il s'agit du nommé Morel Joseph, âgé de cinquante-huit ans, portant à la région latérale gauche du cou une tumeur cancéreuse, distante de la clavicule de 18 à 20 millimètres, et s'étendant d'autre part jusqu'à l'échancrure sous-maxillaire dans l'intervalle compris entre le cartilage thyroïde et le muscle sterno-mastoïdien. Elle est dure, incompressible, à large base et peu mobile. Après avoir convenablement disposé le malade sur un lit, M. Gorré mit à nu la tumeur dans toute son étendue par une incision cruciale, dont les lambeaux furent disséqués, puis relevés. « L'opération marchait avec célérité, dit l'auteur; partie avec le doigt, partie avec le scalpel, je séparai la tumeur sans trop d'efforts de ses adhérences avec les parties sous-jacentes : déjà même je m'applaudissais de voir l'opération toucher à sa fin, lorsqu'au moment où je donnais le dernier coup de scalpel, tenant de la main gauche la tumeur qui n'adhérait plus que par un pédicule étroit, et la dirigeant vers moi à l'aide de tractions modérées pour en rendre la dissection plus facile, j'entendis se propager de la plaie vers le cœur, un bruit particulier, une sorte de glon-glou, comme on l'a dit : en même temps, l'opéré pâlit, la respiration s'accéléra, il poussa un cri plaintif; je me meurs, dit-il, et, en effet, une minute à peine s'était écoulée, qu'il était frappé de mort. Telle fut l'instantanéité foudroyante de la mort, qu'aucun secours ne put être porté. L'opérateur ajoute qu'il eut à peine le temps d'appliquer le doigt au hasard sur la plaie pour obturer la veine blessée, ne pouvant d'ailleurs la distinguer au milieu du sang mêlé d'air qui la masquait. La compression du thorax fut tentée, quand déjà la vie était éteinte. M. Gorré a remarqué que durant cinq à six minutes après que l'individu eut cessé de vivre, il se fit un mouvement de flux et de reflux à la veine jugulaire droite. — L'autopsie montra à la partie inférieure de la plaie sur la veine jugulaire interne, à 2 centimètres environ de distance de la veine sous-clavière, une ouverture occupant le côté par lequel cette veine jugulaire était en rapport avec la tumeur. Cette ouverture a 6 ou 8 millimètres de hauteur; elle est oblongue et béante : la compression sur la veine de bas en haut en fait refluer du sang mêlé de bulles d'air; les poumons n'éprouvent aucun retour sur eux-mêmes après l'ablation de la paroi thoracique; ils remplissent exactement les deux cavités latérales de la poitrine. Les cavités droites du cœur étaient distendues et contenaient avec une grande quantité de bulles d'air, du sang liquide manifestement moins foncé en couleur que n'est d'ordinaire le sang veineux. Les vaisseaux de la convexité du cerveau offrent de distance en distance des bulles d'air très-apparentes, et que la ténuité de leurs parois permet aisément de distinguer.

« L'aorte, vers la crosse, offre une mousse rosée, où se reconnaît la présence de l'air : on retrouve aussi ce fluide dans les artères iliaques. »

— En présence de ce funeste accident dont nous devions le récit à nos lecteurs, nous comprenons trop les angoisses qu'a dû éprouver notre confrère, pour rechercher en ce moment, ainsi qu'on l'a fait ailleurs et fort intempestivement à notre avis, s'il n'eût pas été possible de prévenir ce malheur, et si, sous le rapport de l'exécution, le manuel opératoire est bien irréprochable. Cette question, du plus haut intérêt, sera plus tard discutée dans notre Répertoire. Aujourd'hui, nous félicitons M. Gorré de sa bonne foi et de son empressement à publier un insuccès qui porte avec lui un enseignement utile, et qui pourra devenir un élément précieux à la solution définitive des débats soulevés à l'occasion des diverses observations ayant trait à l'introduction de l'air dans les veines. (*Compte-rendu de l'Acad. de méd.*, séance du 3 novembre 1842.)

LITHOTRITIE (*Sur les contre-indications à la*). S'il est vrai de dire que la lithotritie a en général des

avantages réels sur la taille, il n'est pas moins juste de reconnaître qu'il est des cas assez nombreux où la taille doit lui être préférée. C'est surtout lorsque le calcul est très-dur, et tellement volumineux qu'il exigerait, pour son broiement, des séances nombreuses et des efforts multipliés qui exposeraient infailliblement le malade à une phlegmasie de l'appareilgénito-urinaire. Le mauvais état de la vessie, un engorgement considérable de la prostate, sont encore des raisons pathologiques qui en contre-indiquent l'application. Ajoutons-y, comme le prouve l'observation suivante, l'existence dans la vessie d'un corps étranger servant de noyau au calcul, et présentant des dimensions et une forme telles que son extraction par l'urètre ne saurait s'effectuer sans danger.

Arnaud (Jean-Louis) entra à l'Hôtel-Dieu d'Aix, au mois de mai 1839, pour se faire opérer d'un calcul qu'il portait depuis six mois. Le 15 mai, première séance de lithotritie; une deuxième, une troisième séances eurent successivement lieu. A la quatrième, un corps mou est saisi; les deux branches de l'instrument sont rapprochées avec autant de force que possible; une forte résistance est vaincue au col de la vessie; elle se continue tout le long du canal, et se reproduit avec tant de force au méat urinaire qu'un bistouri était déjà prêt pour la vaincre. Il est impossible de faire avancer ni reculer l'instrument; cependant, après des efforts de traction considérables, on amène au dehors une lanière de cuir, longue de huit pouces et large d'une ligne et demie, pelotonnée sur elle-même et incrustée de matière calcaire : à l'instant, hématurie abondante; alors seulement le malade avoua s'être introduit, au mois d'août 1838, un des cordons de ses souliers dans l'urètre, s'être endormi après l'introduction, et n'avoir plus retrouvé le cordon à son réveil. Trois jours après l'opération, Arnaud succomba après avoir offert tous les symptômes d'une cystite violente. Entre autres lésions anatomiques qui toutes confirmèrent le diagnostic, *la muqueuse urétrale était convertie en une bouillie noirâtre très-fétide ; le fourreau de la verge est très-épais, infiltré de sérosité; son épiderme s'enlève au moindre contact.*

Le point de départ de cette affection calculeuse, outre qu'il est fort insolite, démontre, par le funeste résultat auquel il a conduit le malade, toute l'importance qu'il y a à ne négliger aucun détail lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic appelé lui-même à déterminer le chirurgien dans le choix d'un procédé opératoire. Nul doute, en effet, que si l'existence antérieure au calcul d'un corps étranger dans la vessie eût été connue, la lithotomie eût pu être pratiquée avec ses chances ordinaires de succès, et on eût ainsi évité cette inflammation gangréneuse de la verge, qu'il est facile d'expliquer par la distension violente que eet organe a subie, et par la déchirure de l'urètre, labouré pour ainsi dire par le corps étranger, hérissé d'incrustations calcaires. Concluons de ce fait qu'un corps étranger introduit dans la vessie, où il sera devenu le noyau d'un calcul, peut, par sa forme et sa consistance, être une contre-indication à la lithotritie. (*Gaz. des Hôp., novembre* 1842.)

RÉVULSIFS CUTANÉS (*Un mot sur certains accidents causés par les*). Nous trouvons dans le compte-rendu d'une des dernières séances de la Société médicale d'émulation de Paris, plusieurs exemples d'accidents formidables survenus à la suite de l'emploi des révulsifs cutanés; ces faits renferment pour la pratique un enseignement trop utile pour que nous les passions sous silence. M. le docteur Gillette dit qu'il a été appelé récemment auprès d'un enfant qui offrait pour symptôme dominant, un affaissement profond accompagné de fièvre lente. Il répondait mal aux questions qui lui étaient adressées, et sortait avec beaucoup de peine d'une sorte de coma, où il était plongé depuis quelques jours. Comme l'examen successif de tous les organes ne pouvait rendre compte des phénomènes observés, M. Gillette désespérait du diagnostic, lorsqu'il découvrit sur le bras du petit malade un vésicatoire qui en avait détruit la peau dans toute son étendue : les muscles formaient le fond de cette vaste ulcération, et étaient recouverts d'un enduit grisâtre qui avait l'aspect de la pourriture d'hôpital. Le vésicatoire avait été pansé avec le baume de Metz et le papier d'Albespeyres. Le malade succomba le lendemain du jour où M. Gillette le vit. Nous rapproche-

rons de ce fait la communication suivante de M. le docteur Piedagnel : ce médecin a vu la mort survenir avec les mêmes symptômes qui viennent d'être indiqués, chez un homme qui présentait deux ulcérations résultant de deux vésicatoires, s'étendant, l'une depuis le poignet jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras ; l'autre du pied au genou.

Le même praticien constata, en 1822, à l'hôpital Saint-Antoine, le sphacèle des deux pieds à la suite d'un pédiluve sinapisé, donné très-chaud et longtemps prolongé à un homme malade depuis quelques jours. Vingt-cinq jours plus tard, les deux pieds se séparèrent de la jambe, au niveau de leur articulation avec celle-ci. — M. Piedagnel observa la dénudation du péritoine consécutivement à l'application d'un emplâtre de poix de Bourgogne émétisé, sur la paroi antérieure de l'abdomen. Il a vu aussi le même emplâtre amener la dénudation des muscles intercostaux et des côtes.

MM. les docteurs Chailly-Caffe et Adorne citent des faits analogues. — Nous pensons que l'emploi des révulsifs cutanés doit, quant à son énergie et à sa durée, être modifié suivant certaines circonstances individuelles : ainsi chez les enfants, et les femmes dont la sensibilité est très-vive, et la peau plus fine, l'action du médicament exige une surveillance plus active de la part du médecin. Quant aux cas de gangrène qui ont été observés, on doit dire qu'ils constituent heureusement une rare exception, et qu'ordinairement ils s'expliquent par la nature même de l'affection générale : ainsi dans la fièvre typhoïde voit-on souvent la gangrène envahir aux jambes la surface des vésicatoires? Ajoutons que le vice scrofuleux et la diathèse scorbutique contribuent encore puissamment à la manifestation des mêmes accidents sous l'influence de révulsifs cutanés. (*Procès verbaux de la Soc. méd. d'émulat.*, novembre 1842.)

TENDONS (*Sur les nodosités des*). Les maladies qui peuvent affecter les tendons sont peu nombreuses, et d'un diagnostic assez obscur pour qu'il soit intéressant de signaler avec soin tous les faits propres à jeter quelque jour sur cet intéressant sujet de pathologie. C'est dans ce but que nous reproduisons les idées de M. Lisfranc sur une lésion des tendons qui n'aurait pas encore été décrite par les auteurs classiques.

Il s'agit d'un homme qui porte sur le trajet des tendons fléchisseurs du pied gauche, et principalement le long du jambier antérieur, une petite tumeur ou espèce de nodosité de la grosseur d'un œuf de pigeon; la dureté de la tumeur, que M. Lisfranc compare à celle du silex, ne lui permet pas de croire à l'existence d'un ganglion synovial; il pense que c'est un épaississement du tendon qui en occupe toute la circonférence. Parfaitement circonscrit, il en suit tous les mouvements quand le muscle entre en contraction. M. Lisfranc cite, à l'appui de ce premier fait, l'observation d'une danseuse de l'Opéra qui portait sur le trajet du tendon d'Achille une tumeur du volume d'un œuf de poule. La malade ressentait des douleurs très-vives toutes les fois qu'elle contractait les muscles du mollet : un traitement antiphlogistique, le repos absolu ayant détruit la douleur, les résolutifs et la compression achevèrent la guérison et dissipèrent cette tumeur. Il restait quelques douleurs qui se faisaient ressentir dans les grands mouvements de la jambe : la malade alla aux eaux, et en revint parfaitement guérie. Tels sont les faits sur lesquels M. Lisfranc établit en pathologie une affection nouvelle sous le nom de *nodosités blanches des tendons*. Cet aperçu nosographique a trouvé dans M. Marchal de Calvi un contradicteur sérieux : pour lui, en effet, après un examen attentif du premier malade de M. Lisfranc, cette nouvelle affection ne serait autre que le ganglion synovial lui-même. M. Marchal prétend qu'il a pu constater dans la tumeur, malgré sa dureté, un peu de fluctuation. Quant au fait de la danseuse, pour M. Marchal, il n'est pas plus concluant que celui qui précède. Il trouve, dans la guérison de la tumeur par le traitement indiqué, des raisons suffisantes de croire qu'il ne s'agissait encore ici que d'un ganglion qu'on eût pu faire disparaître en huit jours par les moyens que l'art possède aujourd'hui, c'est-à-dire l'incision sous-cutanée. (*Annales de la Chirurgie, novembre* 1842.

— En présence de l'opinion de M. Lisfranc, que nous croyons si peu compétent en matière de diagnostic chirurgical, et du doute négatif émis par M. Marchal, nous en

appelons à l'expérience de nos confrères, persuadé que l'observation directe et anatomique peut seule juger la question d'une manière définitive.

Toutefois, je ferai remarquer qu'il est une lésion traumatique des tendons généralement peu étudiée, à laquelle paraissent pouvoir se rattacher les caractères assignés par M. Lisfranc aux nodosités dont il parle: C'est la déchirure partielle, ou rupture incomplète de ces mêmes tendons. On sait, et nous l'avons démontré dans notre Répertoire des 15 et 30 septembre dernier par une observation de M. Laroche d'Angers, que sur le point où a lieu cette déchirure des fibres tendineuses, il se forme une tumeur plus ou moins volumineuse, dure, sorte de cal tendineux, résultat de la cicatrisation des extrémités des fibres rompues. Nous croyons cette tumeur susceptible de résolution partielle, sinon complète, s'effectuant avec lenteur et par un procédé analogue à celui en vertu duquel le cal osseux diminue progressivement de volume, sans toutefois jamais s'effacer complétement, même dans les fractures très-anciennes.

Comme chez les malades de M. Lisfranc, c'est toujours consécutivement à une traction violente des tendons et des muscles que s'observe l'apparition de ces tumeurs; or, comme la violence qui les détermine ne porte pas exclusivement sur le tendon qui en devient le siége, mais bien sur tous les autres éléments organiques qui entrent dans la composition du membre, la douleur, la chaleur et la tuméfaction de celui-ci s'expliquent, tout aussi bien que le résultat des traitements antiphlogistiques alors mis en usage.

Enfin, et comme complément de preuve en faveur des nodosités des tendons ainsi comprises, je dirai qu'il m'est arrivé plusieurs fois, en disséquant, de rencontrer sur les tendons fléchisseurs, à la main et plus souvent au pied, de ces indurations arrondies, fusiformes, du volume d'une petite noisette, et intimement confondues avec le tendon qui, au-dessus et au-dessous, reprenait brusquement ses caractères physiques habituels. Or, les dissections, dans les amphithéâtres, portent généralement sur des individus des classes laborieuses, livrés à des travaux qui exigent de grands efforts musculaires, et conséquemment des tractions multipliées et énergiques des tendons. A. F.

URETRE (*Sur un nouveau spéculum pour l'*). Lorsque le vagin, l'anus, l'oreille et d'autres cavités ont chacune, pour l'exploration de leurs parois, un spéculum et souvent plusieurs, pourquoi l'urètre n'aurait-il pas aussi le sien? Telle est la question que le docteur Malherbe, de Suisse, a été conduit à se faire par la difficulté du diagnostic de certains écoulements uretraux rebelles à tous les moyens employés, et de plus, par la dilatabilité de l'urètre, possible à ce point qu'une sonde très-volumineuse (voyez celles de M. Mayor) peut y être introduite. Utilisant cette propriété physique du canal dont il s'agit, et dans les circonstances pathologiques que nous avons indiquées, M. Malherbe eut l'idée d'y introduire une pince métallique en acier à branches étroites, longues, faisant ressort; par ce moyen, il put très-bien apprécier l'état normal et pathologique de la fosse naviculaire.

« On peut très-bien, ajoute l'auteur, faire en petit tout ce qui a été fait en grand pour le vagin avec le spéculum; ce serait ici un spéculum en petit représenté par ses deux valves réduites à une très-petite dimension, ayant la forme d'une pince plus ou moins allongée, avec deux extrémités émoussées et des branches étroites. »

Sans contester d'une manière absolue l'utilité du nouvel instrument proposé par M. Malherbe, nous croyons que bien souvent il serait d'une application douloureuse, car si l'urètre est dilatable à des degrés différents dans les diverses portions qui le constituent, on sait, et l'anatomie le démontre suffisamment, que dans la portion qui correspond au gland, il l'est moins que dans le reste de sa longueur, si toutefois on en excepte la portion prostatique, et que cette extensibilité est très-bornée au méat urinaire; or, pour que l'exploration du canal à l'aide d'un spéculum pût avoir quelque résultat avantageux, la condition essentielle serait la dilatation possible, et à un degré considérable, de son orifice : c'est au surplus à l'expérience de juger en dernier ressort de la valeur de l'instrument proposé par M. Malherbe. (*Journ. des Connais. médic.*, novembre 1842.)

URINES CRITIQUES. Les anciennes doctrines sur les urines critiques, où un peu, très-peu de vérité se trouvait confondu parmi les plus grossières erreurs, étaient tombées dans l'oubli le plus parfait. Il appartenait à la science moderne et à ses procédés d'analyse, de reprendre ce sujet pour en extraire cette portion de vérité plutôt entrevue que reconnue par nos prédécesseurs. Parmi les médecins nos contemporains, M. Martin-Solon est un de ceux dont les persévérantes recherches ont conduit à des résultats pratiques les plus satisfaisants. Dans une note récemment publiée, ce praticien indique de la manière que nous allons faire connaître les caractères des urines critiques.

Quand dans le cours des maladies aiguës l'urine acide, limpide, assez fortement colorée, non albumineuse et d'une densité supérieure à 1,015 vient à donner, par l'addition d'un filet de 10 à 15 gouttes d'acide nitrique, un nuage épais de 5 ou 6 millimètres, et suspendu au milieu du liquide, comme l'énéorème des anciens, elle annonce la solution de ces maladies. C'est l'*urine critique* offrant le *nuage critique;* ce nuage se forme le plus souvent au moment même de l'addition de l'acide nitrique; quelquefois il ne se développe qu'après plusieurs secondes ou quelques minutes de réaction. On le voit se former dans la région médiane du liquide et en occuper peu à peu le cinquième environ, sans que le reste se trouble. Il est horizontal, opaque, se dissout spontanément dans les vingt-quatre heures, est soluble dans un excès d'acide ou par l'addition d'une certaine quantité d'urine ou d'eau. On reconnaît, au microscope, qu'il est formé de cristaux amorphes d'urate d'ammoniaque; une nouvelle addition d'acide nitrique le détruit et ne laisse plus voir que les cristaux en losanges d'acide urique. Cette modification de l'urine se manifeste ordinairement plusieurs jours de suite; dans d'autres cas, on ne la voit paraître qu'un seul jour; en sorte que l'examen quotidien de l'urine est indispensable pour avoir des conclusions exactes sur son existence. Une autre portion de l'urine qui a donné le nuage critique, examinée le lendemain, conserve souvent sa transparence, continue à rougir le papier bleu de tournesol et à permettre le développement du nuage critique. Dans d'autres cas, elle est, quoique acide, devenue jumenteuse; filtrée et traitée par l'acide nitrique, le nuage critique s'y reproduira souvent comme la veille. Est-elle passée à l'état alcalin, le nuage critique ne s'y retrouve plus.

L'urine albumineuse n'est jamais critique, mais elle peut être en même temps albumineuse et critique, que l'albumine y soit passagère ou permanente. L'acide nitrique et le calorique démontrent bien, dans ce cas, la présence de l'albumine, mais on peut craindre que le nuage formé par la réaction nitrique ne soit de l'albumine seulement et non le nuage critique, bien que l'aspect de ces produits ne soit pas semblable. Il faut alors employer l'acide acétique pur. Comme il est sans action sur l'albumine, le nuage médian qui se développe ne peut être autre chose que le nuage critique presque aussi bien formé que par l'acide nitrique.

Le nuage critique se rencontre surtout dans les pleuro-pneumonies et dans la plupart des maladies aiguës, courbature, embarras gastrique, etc. On le trouve fréquemment aussi dans la fièvre typhoïde. Mais la difficulté d'obtenir exactement l'urine pendant le cours de cette maladie empêche d'avoir des observations assez complètes pour être probantes. Mais se montre-t-il constamment pendant le cours des maladies aiguës? Non, sans doute; la nature, dit M. Martin-Solon, a d'autres voies critiques. Indique-t-il une guérison certaine? Bien qu'on l'ait observé dans les phthisies prochainement mortelles, M. Martin-Solon ne lui accorde pas moins une très-grande valeur pronostique, se fondant sur ce fait, que pendant le cours d'une phthisie, il se développe des phlegmasies intercurrentes dont le nuage critique indiquerait la résolution, bien que la maladie principale s'avançât vers la terminaison fatale.

Comme M. Martin-Solon, nous pensons que les signes tirés du nuage critique sont dignes d'observation et d'examen. Les résultats qui en découlent réhabilitent en quelque sorte la doctrine des crises, beaucoup trop dépréciée maintenant; ils soulèvent un coin du voile qui couvre l'étude des maladies humorales, et agrandissent ainsi le champ de l'observation médicale. (*Archiv. génér. de médecine*, novembre 1842.)

VARIÉTÉS.

Séance annuelle de l'Académie de médecine. — L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le 6 décembre. M. Pariset a lu une notice sur Lodibert et l'éloge de Marc; M. Royer-Collard, un extrait fort remarquable d'un grand travail sur l'influence qu'exercent sur l'économie végétale et animale diverses causes hygiéniques, et particulièrement une nourriture physiologiquement dirigée. — Aucun des mémoires envoyés aux divers concours n'ont été jugés dignes des prix. L'Académie a seulement décerné pour le *prix de l'Académie*, qui est de 1,500 francs, un encouragement de 500 francs à M. Gely, chirurgien des hospices de Nantes, et pour le *prix Civrieux*, également de 1,500 francs, un encouragement de 500 francs à M. Michea, médecin à Paris, et un autre de la même somme à M. Brachet, médecin à Lyon.

Prix des internes. — Le concours pour le prix des internes des hôpitaux est terminé. Voici les noms des lauréats qui seront proclamés dans la séance publique le 26 décembre. Internes de troisième et de quatrième année : premier prix, médaille d'or, M. Bouchut; deuxième prix, médaille d'argent, M. Oulmont; première mention honorable, M. de Castelnau; deuxième mention, M. Aran. Internes de première et de deuxième année : premier prix, médaille d'argent, M. Fauraytier; deuxième prix, livres, M. Guérin; première mention, M. Milcent; deuxième mention, M. Chapolin de Saint-Laurent.

École de Nancy. — M. Simonin père, professeur de pathologie chirurgicale à l'École secondaire de Nancy, vient d'être nommé directeur de cette École en remplacement de M. Haldat, démissionnaire.

École secondaire de Lyon. — Le conseil municipal de la ville de Lyon vient de voter une allocation pour l'établissement de quatre nouvelles places de professeurs-adjoints à vie à l'École secondaire de médecine de cette ville. Le directeur de l'École et le recteur, dans leur rapport au ministre ont désigné, pour occuper ces chaires, MM. Pétrequin pour la clinique chirurgicale, Colrat pour la médecine opératoire, Bonchacourt pour la physiologie, et Davalon pour la pharmacie. Nul doute que le ministre ne ratifie des choix aussi convenables.

Prix de médecine et de chirurgie à l'Académie des sciences. — Chaque année, l'Académie des sciences décerne, sur les prix Monthyon, des récompenses et des encouragements aux auteurs des ouvrages de médecine et de chirurgie qui renferment quelque découverte utile. Voici

les distributions accordées cette année : à M. Bouillaud une récompense de 4,000 fr. pour ses deux ouvrages sur les Maladies du cœur et sur le Rhumatisme ; à M. Grisolles une récompense de 2,000 fr. pour son livre sur la Pneumonie ; à M. Becquerel un encouragement de 1,000 fr. pour sa Séméiotique des urines ; à M. Félix Halin une mention honorable pour son mémoire sur l'Hémaleucose et pour les travaux chirurgicaux ; à M. Amussat une récompense de 3,000 fr. pour sa nouvelle méthode d'Entérotomie lombaire ; à M. Segalas une récompense de 1,500 fr., et à M. Ricord de 1,000 fr. pour leurs travaux sur les Fistules urinaires ; enfin, une mention honorable à M. Mercier pour son ouvrage sur les Maladies des voies urinaires.

Renouvellement du bureau de l'Académie de médecine. — Dans la séance du 20 décembre, l'Académie a renouvelé son bureau pour 1843. M. Paul Dubois a été élu président ; M. Ferrus vice-président, et M. Dubois d'Amiens secrétaire annuel. — On a procédé ensuite à l'élection de trois membres du conseil d'administration ; MM. Fouquier, Reveillé Parise et Lacournère ont réuni la majorité des suffrages.

Souscription au monument de Larrey. — Une commission présidée par M. le lieutenant-général baron Petit, pair de France, a été autorisée à ouvrir une souscription pour élever un monument à la mémoire de Larrey. M. le ministre de la guerre a signé en tête de la liste pour 1,000 francs. Les souscriptions sont reçues chez M. Labarraque, trésorier de la commission, rue Saint-Martin, 69 ; J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17, et dans les bureaux des journaux de médecine.

Faculté de Montpellier. — A la suite d'un concours d'agrégation pour la section de médecine dans la Faculté de Montpellier, M. A.-F. Andrieux a été nommé agrégé à l'unanimité des suffrages. Le jury a pris en même temps une délibération qui honore M. Parlier, son concurrent ; il a consigné au procès-verbal la satisfaction qu'il avait éprouvée de la manière dont M. Parlier avait concouru, et exprimé le regret de n'avoir qu'une seule place à donner.

Nomination dans les hôpitaux. — M. Bazin, médecin du bureau central, vient d'être nommé médecin de l'hôpital de l'Oursine, en remplacement de l'infortuné Hourmann.

FIN DU TOME VINGT-TROISIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

DU VINGT-TROISIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

FIN DE LA TABLE DU TOME VINGT-TROISIÈME.

